



La Mutuelle Verte

Santé - Prévoyance

Avantages
Fidélité

GARANTIES au 01/07/2011	PRIMO ⁽¹⁾	REFLEX	DECLIC	TONIC	ZENITH	ZENITH+
HONORAIRES MÉDICAUX	en option ⁽²⁾					
• Consultation, visite, radios, actes techniques ⁽³⁾	100 %	100 %	100 %	130 %	175 %	200 %
• Analyses, auxiliaires médicaux	100 %	100 %	100 %	130 %	175 %	200 %
PHARMACIE (15 % - 30 % - 65 %) ⁽⁴⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
OPTIQUE	60 %	100 %	60 %	60 %	60 %	60 %
• Monture, verres, lentilles acceptées ⁽⁵⁾						
• Forfait optique 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année ⁽⁶⁾			Forfait 70 € ⁽⁷⁾	Forfait 100 € ⁽⁷⁾	Forfait 150 € ⁽⁷⁾	Forfait 200 € ⁽⁷⁾
• Forfait après 2 ans ⁽⁶⁾			Forfait 85 € ⁽⁷⁾	Forfait 125 € ⁽⁷⁾	Forfait 150 € ⁽⁷⁾	Forfait 300 € ⁽⁷⁾
• Forfait après 4 ans ⁽⁶⁾			Forfait 100 € ⁽⁷⁾	Forfait 150 € ⁽⁷⁾	Forfait 200 € ⁽⁷⁾	Forfait 300 € ⁽⁷⁾
• Supplément verres multifocaux ⁽⁷⁾			Forfait 30 €	Forfait 50 €	Forfait 75 €	Forfait 150 €
• Opération des yeux par laser ⁽⁷⁾ (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)			Forfait 150 €	Forfait 300 €	Forfait 350 €	Forfait 450 €
APPAREILLAGE	60 %	100 %	100 %	130 %	200 %	250 %
• Fournitures, orthopédie, autres appareillages	60 %	100 %	100 %	130 %	200 % + 300 € ⁽⁸⁾	250 % + 400 € ⁽⁸⁾
• Audioprothèse	60 %	100 %	100 %	130 %	200 % + 300 € ⁽⁸⁾	250 % + 400 € ⁽⁸⁾
DENTAIRE	70 %	100 %	100 %	130 %	175 %	200 %
• Soins	70 %	100 %	100 %	130 %	175 %	200 %
• Inlay core	70 %	100 %	100 %	100 %	125 %	150 %
• Couronnes acceptées, bridges : ⁽⁹⁾						
- Dents visibles	70 %	100 %	150 %	200 %	250 %	300 %
- Autres dents	70 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
- Appareils mobiles, réparations	70 %	100 %	135 %	175 %	225 %	275 %
• Orthodontie acceptée	70 % / 100 %	100 %	150 %	200 %	250 %	300 %
• Implants dentaires			Forfait 150 € ⁽⁷⁾	Forfait 200 € ⁽⁷⁾	Forfait 300 € ⁽⁷⁾	Forfait 350 € ⁽⁷⁾
• Parodontologie, orthodontie refusée			Forfait 75 € ⁽⁷⁾	Forfait 75 € ⁽⁷⁾	Forfait 100 € ⁽⁷⁾	Forfait 120 € ⁽⁷⁾
TRANSPORT	100 %	100 %	100 %	130 %	175 %	200 %
CURE THERMALE	65 % / 70 %	65 % / 70 %	RO + 75 € ⁽⁷⁾	RO + 100 € ⁽⁷⁾	RO + 150 € ⁽⁷⁾	RO + 200 € ⁽⁷⁾
HOSPITALISATION MÉDICALE, MATERNITÉ ET PSYCHIATRIE ⁽¹⁰⁾						
• Honoraires et frais de séjour	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
• Forfait journalier hospitalier ⁽¹¹⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
• Chambre particulière ⁽¹²⁾	46 €/j. maxi		35 €/j. maxi	46 €/j. maxi	46 €/j. maxi	53 €/j. maxi
• Participation aux frais d'accouchement ⁽¹³⁾			75 €	100 €	150 €	200 €
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ⁽¹⁰⁾						
• Honoraires et frais de séjour	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
• Forfait journalier hospitalier (durée illimitée)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
• Chambre particulière (durée illimitée)	46 €/j. maxi		35 €/j. maxi	46 €/j. maxi	46 €/j. maxi	53 €/j. maxi
• Frais accompagnant (enfant - de 12 ans) ⁽¹⁴⁾			10 €/j. maxi	15 €/j. maxi	15 €/j. maxi	15 €/j. maxi
PRÉVENTION		⁽¹⁵⁾	⁽¹⁵⁾	⁽¹⁵⁾	⁽¹⁵⁾	⁽¹⁵⁾
• Ostéopathie, chiropractie ⁽¹⁶⁾		10 €/séance	10 €/séance	15 €/séance	25 €/séance	30 €/séance
• Consultation diététique (enfant - de 15 ans) ⁽¹⁷⁾		3 par an	3 par an	3 par an	3 par an	3 par an
• Consultation d'un psychologue (enfant - de 15 ans) ⁽¹⁸⁾		maxi.	maxi.	maxi.	maxi.	maxi.
• Sevrage tabagique ⁽¹⁹⁾ (uniquement pour les bénéficiaires de 18 ans et plus)			30 € ⁽⁷⁾	30 € ⁽⁷⁾	50 € ⁽⁷⁾	50 € ⁽⁷⁾
ACTES DE PRÉVENTION PRÉVUS PAR L'ARRÊTÉ DU 08/06/2006 ⁽²⁰⁾						
• Détartrage annuel complet (sus et sous-gingival)	100 % ⁽²⁾	100 %	100 %	130 %	175 %	200 %
• Vaccins ⁽²¹⁾	100 % ⁽²⁾	100 %	100 %	130 %	175 %	200 %
AUTRES PRESTATIONS						
• Obsèques jusqu'à 65 ans			450 €	450 €	600 €	600 €
FORFAIT ACTES LOURDS (18 euros) ⁽²²⁾	100 % du forfait ⁽²⁾	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
ASSISTANCE (24 heures/24 et 7 jours/7)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Les renvois concernant ces garanties se trouvent au verso de ce document

Les remboursements de votre Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de La Mutuelle Verte sont limités aux frais réels.

Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement aux Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie (R.O.A.M.) Français en vigueur au 01/07/2011 et sont applicables dans la mesure où le parcours de soins coordonné est respecté. Ils concernent les assurés sociaux du Régime Général, Agricole et des Travailleurs Non Salariés, et comprennent la participation de votre Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (Sécurité Sociale, MSA...).

Ces garanties sont conformes aux critères du "Contrat Responsable" (Art L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale). Ainsi ne pourront donner lieu à remboursement : les franchises et participations forfaitaires, la majoration de la participation de l'assuré ainsi que les dépassements d'honoraires pour les actes réalisés en dehors du parcours de soins coordonné (sans prescription préalable du médecin traitant). En outre, elles prennent en charge l'ensemble des prestations de prévention prévues par l'arrêté du 8 juin 2006.

-
- (1)** : Âge de souscription limité à 65 ans pour la garantie Primo.
 - (2)** : Garantie sur option qui n'intervient qu'au-delà d'une franchise globale de 183 euros par année civile et par bénéficiaire pour un contrat souscrit avant 60 ans, 274 euros pour les contrats souscrits au-delà.
 - (3)** : La majoration de déplacement des consultations à domicile considérées comme médicalement non justifiées par les médecins et le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie n'est pas prise en charge (actes codifiés "D.E." Dépassement Exceptionnel).
 - (4)** : En cas d'application du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (T.F.R.) par l'Assurance Maladie Obligatoire, le remboursement complémentaire s'effectuera sur la même base (T.F.R.).
 - (5)** : Le forfait optique concerne les verres, montures, lentilles acceptées ou refusées médicalement prescrites.
 - (6)** : L'avantage fidélité est calculé à partir de la date d'adhésion à la garantie.
 - (7)** : Forfait par année civile et par bénéficiaire, proratisé en cas d'adhésion ou de radiation en cours d'année.
 - (8)** : Forfait pour 2 années civiles et par bénéficiaire, proratisé en cas d'adhésion ou de radiation en cours d'année.
 - (9)** : Sur présentation de la facture et du schéma dentaire. Dents visibles = incisives, canines et premières prémolaires.
 - (10)** : Hors soins externes. Les soins externes font l'objet d'un remboursement suivant la nature de l'acte.
 - (11)** : Forfait journalier hospitalier (selon tarif en vigueur) illimité en médecine, limité à 90 jours en maison de repos et convalescence et à 30 jours en psychiatrie (par année civile et par bénéficiaire).
 - (12)** : Chambre particulière limitée à 90 jours en médecine, en maison de repos et convalescence et à 30 jours en psychiatrie (par année civile et par bénéficiaire).
 - (13)** : Directement liée aux prestations maternité et versée à la mère lorsqu'elle est bénéficiaire des prestations de La Mutuelle Verte.
 - (14)** : En milieu hospitalier uniquement et limités à 30 jours par année civile et par bénéficiaire.
 - (15)** : Remboursements au titre du poste Prévention plafonnés, par année civile et par bénéficiaire, à : 30 euros en garantie Reflex et Declic, 45 euros en garantie Tonic, 75 euros en garantie ZENITH et 90 euros en garantie ZENITH+.
 - (16)** : Pour les actes effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales.
 - (17)** : Sur présentation de la facture acquittée du (de la) diététicien(ne) diplômé(e) d'état et d'une attestation du médecin traitant (sous forme d'une demande d'un conseil diététique, sans données médicales).
 - (18)** : Sur présentation de la facture acquittée du (de la) praticien(ne) diplômé(e) d'état et d'une attestation du médecin traitant (sous forme d'une demande d'un bilan psychologique, sans données médicales).
 - (19)** : Sur prescription médicale.
 - (20)** : Prestations de prévention, dans le cadre des contrats responsables, prévues par l'arrêté du 8 juin 2006 publié au J.O. du 18 juin 2006 et figurant à l'article R.871-2 du code de la Sécurité Sociale.
 - (21)** : La liste des vaccinations pouvant être prises en charge est définie par l'arrêté du 8 juin 2006, article R.871-2 du code de la Sécurité Sociale.
 - (22)** : Uniquement pour les prestations de votre garantie qui prévoient un remboursement complétant le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie jusqu'à 100 %.