

Une offre santé adaptée  
pour renforcer votre  
**mutuelle** (surcomplémentaire)



*Une couverture santé améliorée  
avec un remboursement maximum*

# Des Garanties adaptées à chacun

	Renfort 1	Renfort 2	Renfort 3
<b>SOINS COURANTS</b>			
Honoraires médecins (consultations, visites) et honoraires pour actes techniques (dont imagerie) :			
- Médecin adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées*	+ 50 %	+ 100 %	+ 200 %
- Médecin non adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées*	+ 50 %	+ 100 %	+ 200 %
Médicaments <sup>(1)</sup> :			
- Médicaments pris en charge par l'AMO à 15 %	+ 85 %	+ 85 %	+ 85 %
- Médicaments pris en charge par l'AMO à 30 %	+ 85 %	+ 85 %	+ 85 %
- Médicaments pris en charge par l'AMO à 65 %	+ 85 %	+ 85 %	+ 85 %
Analyses et examens de laboratoire	+ 50 %	+ 100 %	+ 200 %
Honoraires paramédicaux	+ 50 %	+ 100 %	+ 200 %
Matériel médical :			
- Fournitures, orthopédie et autres appareillages	+ 50 %	+ 100 %	+ 200 %
- Fauteuil roulant <sup>(2)</sup>	+ Forfait 500 € <sup>(3)</sup>	+ Forfait 1000 € <sup>(3)</sup>	+ Forfait 1000 € <sup>(3)</sup>
Transports en ambulance, VSL remboursés par l'AMO	+ 50 %	+ 100 %	+ 200 %
<b>OPTIQUE</b>			
Equipement optique <sup>(4)</sup> :			
- Monture	+ Forfait 25 €	+ Forfait 80 €	+ Forfait 100 €
- Verres simples <sup>(5)</sup>	+ Forfait 40 € <sup>(6)</sup>	+ Forfait 60 € <sup>(6)</sup>	+ Forfait 80 € <sup>(6)</sup>
- Verres complexes <sup>(5)</sup>	+ Forfait 60 € <sup>(6)</sup>	+ Forfait 90 € <sup>(6)</sup>	+ Forfait 110 € <sup>(6)</sup>
- Verres hypercomplexes <sup>(5)</sup>	+ Forfait 80 € <sup>(6)</sup>	+ Forfait 120 € <sup>(6)</sup>	+ Forfait 140 € <sup>(6)</sup>
- Lentilles remboursées ou non par l'AMO <sup>(7)</sup>	+ Forfait 50 € <sup>(3)</sup>	+ Forfait 80 € <sup>(3)</sup>	+ Forfait 150 € <sup>(3)</sup>
Chirurgie réfractive <sup>(8)</sup>	+ Forfait 300 € <sup>(9)</sup>	+ Forfait 500 € <sup>(9)</sup>	+ Forfait 600 € <sup>(9)</sup>
<b>DENTAIRE</b>			
Soins, inlays onlays remboursés par l'AMO	+ 50 %	+ 100 %	+ 200 %
Inlays core remboursés par l'AMO	+ 50 %	+ 100 %	+ 200 %
Prothèses dentaires remboursées par l'AMO	+ 50 %	+ 100 %	+ 300 %
Autres prestations dentaires :			
- Orthodontie remboursée par l'AMO	+ 50 %	+ 100 %	+ 250 %
- Parodontie, orthodontie non remboursées par l'AMO	+ Forfait 50 € <sup>(3)</sup>	+ Forfait 80 € <sup>(3)</sup>	+ Forfait 100 € <sup>(3)</sup>
- Implantologie non remboursée par l'AMO <sup>(10)</sup>	+ Forfait 300 € <sup>(3)</sup>	+ Forfait 500 € <sup>(3)</sup>	+ Forfait 600 € <sup>(3)</sup>
<b>AIDES AUDITIVES</b>			
Aides auditives	+ 50 %	+ 100 %	+ 200 %
<b>HOSPITALISATION<sup>(10)</sup></b>			
<b>MÉDICALE, CHIRURGICALE, PSYCHIATRIQUE &amp; OBSTÉTRIQUE</b>			
Honoraires médicaux :			
- Médecin adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées*	+ 50 %	+ 100 %	+ 200 %
- Médecin non adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées*	+ 50 %	+ 100 %	+ 200 %
Chambre particulière	+ 15 € / jour	+ 20 € / jour	+ 50 € / jour
Allocation de naissance ou d'adoption	+ 80 €	+ 120 €	+ 200 €
<b>PRÉVENTION</b>			
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie <sup>(11)</sup>	+ Forfait 25 € <sup>(3)</sup>	+ Forfait 50 € <sup>(3)</sup>	+ Forfait 75 € <sup>(3)</sup>
Pilule contraceptive nouvelles générations <sup>(12)</sup>	+ Forfait 20 € <sup>(3)</sup>	+ Forfait 40 € <sup>(3)</sup>	+ Forfait 60 € <sup>(3)</sup>
<b>SERVICES</b>			
Mutuelle Verte Assistance	OUI	OUI	OUI
Réseaux de Soins	OUI	OUI	OUI
Application mobile, site web	OUI	OUI	OUI

\* Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées : OPTAM ou OPTAM-CO

# Une Protection complète

**Augmentez votre niveau de protection.** Les Garanties Surcomplémentaires interviennent en supplément de la Sécurité Sociale et de votre régime complémentaire santé souscrit à titre professionnel (contrat avec obligation d'adhésion ou mutuelle professionnelle).



Vous avez consulté un spécialiste, le coût de cette consultation est de **40 €**.

Entre les remboursements de votre organisme d'A.M.O. et celui de votre mutuelle, votre reste à charge est de **10 €**.

- en ajoutant le **RENFORT 1** votre reste à charge sera de **0 €**
- en ajoutant le **RENFORT 2** votre reste à charge sera de **0 €**
- en ajoutant le **RENFORT 3** votre reste à charge sera de **0 €**



Vous devez réaliser une couronne dentaire. Celle-ci représente une facture de **450 €**.

Entre les remboursements de votre organisme d'A.M.O. et celui de votre mutuelle, votre reste à charge est de **240 €**.

- en ajoutant le **RENFORT 1** votre reste à charge sera de **180 €**
- en ajoutant le **RENFORT 2** votre reste à charge sera de **120 €**
- en ajoutant le **RENFORT 3** votre reste à charge sera de **0 €**



Vous avez besoin d'une paire de lunettes (verres complexes). Le coût de cet équipement s'élève à **680 €** (500 € pour les verres et 180 € pour la monture).

Entre les remboursements de votre organisme d'A.M.O. et celui de votre mutuelle, votre reste à charge est de **370,15 €**.

- en ajoutant le **RENFORT 1** votre reste à charge sera de **225,15 €**
- en ajoutant le **RENFORT 2** votre reste à charge sera de **110,10 €**
- en ajoutant le **RENFORT 3** votre reste à charge sera de **70,10 €**

Ces Garanties sont réservées aux personnes relevant d'un organisme d'Assurance Maladie Obligatoire Français déjà couverts au titre d'un contrat santé responsable (décrets n° 2014-1374, 2019-21) et pour une souscription avant 60 ans.

Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement aux Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie (ROAM). Les remboursements d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Organisme(s) d'Assurance Maladie Complémentaire + Mutuelle Verte sont limités aux frais réels.

(1) : Les remboursements AMO + AMC + RENFORT sont limités aux Ticket Modérateur. En cas d'application du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR) par l'AMO, le remboursement s'effectuera sur la même base (TFR). - (2) : Limité à un fauteuil roulant (V.E.H) par période de 12 mois et par bénéficiaire. - (3) : Forfait par période de 12 mois et par bénéficiaire. - (4) : 1 monture + 2 verres par période de 24 mois\* sauf en cas de renouvellement anticipé médicalement constaté prévu à l'Art. L165-1 du Code de la Sécurité Sociale pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. (La période\* débute à compter de la date d'achat du dernier équipement remboursé). - (5) : Verres simples, complexes et hypercomplexes tels que définis réglementairement. - (6) : Forfait par verre. - (7) : Sur prescription médicale. - (8) : Concerne la myopie, l'hypermétrie, l'astigmatisme et la presbytie. - (9) : Montant forfaitaire par œil, par bénéficiaire et par période de 12 mois. - (10) : Hors soins externes. Les soins externes font l'objet d'un remboursement suivant la nature de l'acte. - (11) : Pour les actes effectués par des praticiens autorisés à faire usage du titre professionnel et inscrits auprès de l'autorité compétente. - (12) : Pris en charge si médicalement prescrit. Pilule contraceptive renfermant des progestatifs de nouvelles générations : gestodène, desogestrel, norgestimate, drospirénone, diénogest et ethinylestradiol.

# Une vraie mutuelle nationale

Les mutuelles sont des organismes à but non lucratif.

Les objectifs qu'elles poursuivent sont la prévoyance, la solidarité et l'entraide.

L'égalité de traitement des adhérents et l'absence de sélection des risques sont leurs règles.



**Pour tous renseignements,**  
n'hésitez pas à prendre contact avec nos services au :

**04 94 18 55 10** (Siège Social - Toulon)

du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h30 sans interruption.

**03 21 15 36 30** (Agence d'Arras)

du mardi au vendredi, de 9h15 à 12h45 et de 13h30 à 18h00,  
ainsi que le samedi, de 9h45 à 12h45.



Siège Social : 78, Cours Lafayette - CS 60521 - 83041 TOULON Cedex 9

Agence d'Arras : 20, Grand Place - 62000 ARRAS

[www.mutuelleverte.com](http://www.mutuelleverte.com)

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 309 104 099



## Demande de devis Santé personnalisé à renvoyer sous enveloppe affranchie à La Mutuelle Verte (Garanties Surcomplémentaires)

Mme  M\* :

Prénom\* :

Né(e) le\* : \_\_\_\_\_ Adresse\* :

Code postal\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_

Tél\* : \_\_\_\_\_

Email\* :

Profession\* :

Salarié(e)  Travailleur Non Salarié  Professionnel de Santé - Organisme d'Assurance Maladie Obligatoire :

Avez-vous déjà une Mutuelle ?  OUI  NON - Laquelle :

**Je suis intéressé(e) par la ou les Garantie(s) :**  RENFORT 1  RENFORT 2  RENFORT 3 (COCHEZ UNE OU PLUSIEURS CASES)

JE SOUHAITE ÊTRE CONTACTÉ(E) PAR UN CONSEILLER ENTRE 8h30 ET 19h AU : \_\_\_\_\_ ENTRE : \_\_\_\_\_ & \_\_\_\_\_ h

**Conjoint :** Né(e) le\* : \_\_\_\_\_ Profession\* :

Salarié(e)  Travailleur Non Salarié  Professionnel de Santé - Organisme d'Assurance Maladie Obligatoire :

**Enfants :** jusqu'à 21 ans si scolarisés et jusqu'à 25 ans s'ils poursuivent des études supérieures (**Cotisations offertes à partir du 3<sup>e</sup> enfant**)

Nombre d'enfants\* : \_\_\_\_\_ Années de naissance : \_\_\_\_\_

JE SOUHAITE AUSSI RECEVOIR DES INFORMATIONS SUR LES GARANTIES PRÉVOYANCE SUIVANTES :  INDEMNITÉS JOURNALIÈRES -  RENTE EN CAS D'INVALIDITÉ

RENTE DE CONJOINT ET (OU) RENTE D'ÉDUCATION -  CAPITAL DÉCÈS, P.T.I.A. -  RETRAITE -  GARANTIE ACCIDENTS DE LA VIE -  GARANTIES DÉPENDANCE -  GARANTIES OBSÈQUES