

Une offre santé adaptée
pour renforcer votre
mutuelle (surcomplémentaire)



*Une couverture santé améliorée
avec un remboursement maximum*

Des Formules adaptées à chacun

	Renfort 1	Renfort 2	Renfort 3
HONORAIRES MÉDICAUX			
Consultations, visites, imagerie, actes techniques :			
- Médecin adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées* (1)	+ 50 %	+ 100 %	+ 200 %
- Médecin non adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées* (1)	+ 50 %	+ 100 %	+ 200 %
Analyses & auxiliaires médicaux	+ 50 %	+ 100 %	+ 200 %
PHARMACIE (2)			
Taux de prise en charge par l'AMO : 15 % - 30 % - 65 %	+ 85 %	+ 85 %	+ 85 %
OPTIQUE			
Equipement optique (3) :			
- Monture	+ Forfait 25 €	+ Forfait 80 € (5)	+ Forfait 100 € (5)
- Verres simples (4)	+ Forfait 40 € (5)	+ Forfait 60 € (5)	+ Forfait 80 € (5)
- Verres complexes (4)	+ Forfait 60 € (5)	+ Forfait 90 € (5)	+ Forfait 110 € (5)
- Verres hypercomplexes (4)	+ Forfait 80 € (5)	+ Forfait 120 € (5)	+ Forfait 140 € (5)
Lentilles remboursées par l'AMO	} + Forfait 50 € (6)	} + Forfait 80 € (6)	} + Forfait 150 € (6)
Lentilles non remboursées par l'AMO (7)			
Opération des yeux par laser	+ Forfait 300 € (8)	+ Forfait 500 € (8)	+ Forfait 600 € (8)
APPAREILLAGE			
Orthopédie, prothèse médicale	+ 50 %	+ 100 %	+ 200 %
Prothèses auditives	+ 50 %	+ 100 %	+ 200 %
Fauteuil roulant (9)	+ Forfait 500 € (6)	+ Forfait 1000 € (6)	+ Forfait 1000 € (6)
DENTAIRE			
Soins remboursés par l'AMO	+ 50 %	+ 100 %	+ 200 %
Inlay core remboursé par l'AMO	+ 50 %	+ 100 %	+ 200 %
Prothèses remboursées par l'AMO	+ 50 %	+ 100 %	+ 300 %
Orthodontie remboursée par l'AMO	+ 50 %	+ 100 %	+ 250 %
Orthodontie et parodontie non remboursée par l'AMO	+ Forfait 50 € (6)	+ Forfait 80 € (6)	+ Forfait 100 € (6)
Implantologie non remboursée par l'AMO	+ Forfait 300 € (6)	+ Forfait 500 € (6)	+ Forfait 600 € (6)
TRANSPORT			
Transports en ambulance, VSL... remboursés par l'AMO	+ 50 %	+ 100 %	+ 200 %
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, PSYCHIATRIQUE ET OBSTÉTRIQUE (10)			
Honoraires :			
- 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 naissance ou adoption	+ 80 €	+ 120 €	+ 200 €
PRÉVENTION			
Ostéopathie, chiropractie, étioopathie (11)	+ Forfait 25 € (6)	+ Forfait 50 € (6)	+ Forfait 75 € (6)
Pilule contraceptive nouvelles générations (12)	+ Forfait 20 € (6)	+ Forfait 40 € (6)	+ Forfait 60 € (6)
Severage tabagique (7)	+ Forfait 25 € (6)	+ Forfait 50 € (6)	+ Forfait 75 € (6)

* Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées : OPTAM ou OPTAM-CO

Ces Garanties sont réservées aux personnes relevant d'un organisme d'Assurance Maladie Obligatoire Français déjà couverts au titre d'un contrat santé responsable (décret n° 2014-1374) 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) Français en vigueur au 01/01/2018. 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). Les remboursements Régime Obligatoire d'Assurance Maladie + Organisme(s) d'Assurance Maladie Complémentaire + Mutuelle Verte sont limités aux Frais Réels.

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 **235 €**.

- en ajoutant le **RENFORT 1** votre reste à charge sera de **181,25 €**
- en ajoutant le **RENFORT 2** votre reste à charge sera de **127,50 €**
- 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 **369,52 €**.

- en ajoutant le **RENFORT 1** votre reste à charge sera de **224,52 €**
- en ajoutant le **RENFORT 2** votre reste à charge sera de **111,22 €**
- en ajoutant le **RENFORT 3** votre reste à charge sera de **71,22 €**

(1) : La majoration de déplacement des consultations à domicile considérées comme médicalement non justifiées par les médecins et le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire n'est pas prise en charge (actes codifiés "DE" : Dépassement Exceptionnel). - **(2)** : En cas d'application du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR) par l'A.M.O., le remboursement complémentaire s'effectuera sa même base (TFR). **(3)** : 1 monture + 2 verres par période de 24 mois**. Pour les moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue médicalement constatée sur une ordonnance, à titre dérogatoire, la période** peut être ramenée à 12 mois. (** : la période débute à compter de la date d'acquisition du dernier équipement remboursé). - **(4)** : Verre simple (verre simple foyer sphère= ≤ 6 et cylindre= ≤ 4). Verre complexe (verre simple foyer sphère >6 ou cylindre >4 ou multifocal sphérique sphère= ≤ 4 ou torique sphère= ≤ 8). Verre hypercomplexe (verre multifocal sphérique sphère >4 ou torique sphère >8). - **(5)** : Forfait par verre. - **(6)** : Forfait par année civile et par bénéficiaire. - **(7)** : Sur prescription médicale. **(8)** : Montant forfaitaire par oeil, par bénéficiaire et par année civile. - **(9)** : Limité à un fauteuil roulant (V.E.H) par année civile et par bénéficiaire. - **(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 un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique ces pratiques médicales. - **(12)** : Pris en charge si médicalement prescrit. Pilule contraceptive renfermant des progestatifs de nouvelles générations : gestodène, sogestrel, norgestimate, drospirénone, diénogest et éthinyloestradiol.

Une Uraie 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 • Fax : 04 94 22 02 07
Agence d'Arras : 20, Grand Place - 62000 ARRAS • Fax : 03 21 15 07 45
www.mutuelleuverte.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^e 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