




*Une prise en charge particulière pour les consultations comme  
l'acupuncture, l'ostéopathie, l'étiopathie, la micronutrition  
la mésothérapie, la naturopathie, la phytothérapie...*

# Des Formules adaptées à chacun

	Oxygène	Oxygène +	
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b>			
Consultations, visites, imagerie, actes médicaux <sup>(1)</sup> :			
- Médecin adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées*	100 %	140 %	
- Médecin non adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées*	100 %	120 %	
Analyses et auxiliaires médicaux	100 %	100 %	
<b>PHARMACIE <sup>(2)</sup></b>			
Taux de prise en charge par l'AMO : 15 % - 30 % - 65 %	100 %	100 %	
<b>OPTIQUE</b>			
 <p><b>Avantage Fidélité</b></p>	Lentilles remboursées ou non par l'AMO <sup>(3)</sup> :	100 % / 0 % + Forfait 60 € <sup>(4)</sup>	100 % / 0 % + Forfait 100 € <sup>(4)</sup>
	• Après 2 ans <sup>(5)</sup> :	100 % / 0 % + Forfait 90 € <sup>(4)</sup>	100 % / 0 % + Forfait 150 € <sup>(4)</sup>
	• Après 4 ans <sup>(5)</sup> :	100 % / 0 % + Forfait 150 € <sup>(4)</sup>	100 % / 0 % + Forfait 200 € <sup>(4)</sup>
	Equipement verres simples <sup>(6) (7)</sup>	60 % + Forfait 60 €	60 % + Forfait 100 €
	• Après 2 ans <sup>(5)</sup> :	60 % + Forfait 90 €	60 % + Forfait 150 €
	• Après 4 ans <sup>(5)</sup> :	60 % + Forfait 150 €	60 % + Forfait 200 €
	Equipement verres mixtes <sup>(6) (7)</sup>	60 % + Forfait 125 €	60 % + Forfait 125 €
	• Après 2 ans <sup>(5)</sup> :	60 % + Forfait 125 €	60 % + Forfait 150 €
	• Après 4 ans <sup>(5)</sup> :	60 % + Forfait 150 €	60 % + Forfait 200 €
	Equipement verres complexes et/ou hypercomplexes <sup>(6) (7)</sup>	60 % + Forfait 200 €	60 % + Forfait 200 €
Supplément Optique "responsable" <sup>(8)</sup>	50 €	100 €	
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie...)	Forfait 300 € <sup>(4)</sup>	Forfait 450 € <sup>(4)</sup>	
<b>APPAREILLAGE</b>			
Fournitures, audioprothèses, orthopédie et autres appareillages	100 %	100 %	
<b>DENTAIRE</b>			
Soins, inlay/onlay, inlay core remboursés par l'AMO	100 %	100 %	
Couronnes, bridges dents visibles remboursées par l'AMO <sup>(9)</sup>	200 %	250 %	
Couronnes, bridges autres dents remboursées par l'AMO <sup>(9)</sup>	150 %	200 %	
Appareils mobiles, réparations remboursés par l'AMO	200 %	250 %	
Orthodontie remboursée par l'AMO	200 %	200 %	
Parodontie, orthodontie non remboursées par l'AMO	Forfait 75 € <sup>(4)</sup>	Forfait 75 € <sup>(4)</sup>	
Implantologie non remboursée par l'AMO	Forfait 200 € <sup>(4)</sup>	Forfait 200 € <sup>(4)</sup>	
<b>TRANSPORT</b>			
Transports en ambulance, VSL... remboursés par l'AMO	100 %	100 %	
<b>HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, PSYCHIATRIE ET OBSTÉTRIQUE <sup>(10)</sup></b>			
Honoraires médicaux :			
- Médecin adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées*	140 %	160 %	
- Médecin non adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées*	120 %	140 %	
Séjour	125 %	150 %	
Chambre particulière <sup>(11)</sup>	35 € / jour	50 € / jour	
Forfait journalier hospitalier <sup>(12)</sup>	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	
Frais d'accompagnant (enfant moins de 12 ans) <sup>(13)</sup>	10 € / jour	10 € / jour	
Participation aux frais d'accouchement <sup>(14)</sup>	100 €	100 €	
<b>MÉDECINE DOUCES</b>			
Consultation <sup>(1)</sup> acupuncture <sup>(15)</sup> , homéopathie <sup>(15)</sup> , mésothérapie <sup>(15)</sup> , micronutrition <sup>(15)</sup> :			
- Médecin adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées*	160 %	185 %	
- Médecin non adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées*	140 %	165 %	
Consultation ostéopathie <sup>(16)</sup> , chiropractie <sup>(16)</sup> , étioopathie <sup>(17)</sup> , naturopathie <sup>(17)</sup>	30 € / séance (3 séances/an)	40 € / séance (3 séances/an)	
Bilan micronutritionnel <sup>(18)</sup>	Forfait 75 € <sup>(19)</sup>	Forfait 100 € <sup>(19)</sup>	
Phytothérapie, aromathérapie, micronutriments <sup>(20)</sup>	50 % Frais réels <sup>(21)</sup>	50 % Frais réels <sup>(21)</sup>	
<b>PRÉVENTION</b>			
Vaccin anti grippe non remboursé par l'AMO	6,26 € <sup>(3)</sup>	6,26 € <sup>(3)</sup>	
Ostéodensitométrie non remboursée par l'AMO <sup>(22)</sup>	Forfait 22 €	Forfait 22 €	
Sevrage tabagique <sup>(23)</sup>	75 € <sup>(4)</sup>	75 € <sup>(4)</sup>	
Consultation diététicien médicalement prescrite <sup>(24)</sup>	10 € / séance	10 € / séance	
<b>OBSÈQUES</b>			
Obsèques (à partir de 12 ans et jusqu'à 65 ans)	450 €	450 €	
<b>FORFAIT ACTES LOURDS (18 EUROS)</b>			
	100 % du Forfait	100 % du Forfait	
<b>MUTUELLE VERTE ASSISTANCE</b>			
	OUI	OUI	
<b>RÉDUCTION 10 % sur vos cotisations si licence sportive <sup>(25)</sup></b>			
	OUI	OUI	

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

# Des Services additionnels performants

- ➔ **Tiers Payant Généralisé** sur tout le territoire français ainsi que les D.O.M.
- ➔ **Télétransmissions** avec les organismes d'Assurance Maladie Obligatoires (AMO).
- ➔ **Remboursements garantis en 48 h** de la part complémentaire en cas d'avance.
- ➔ **Réseaux de Santé** : En plus de l'accès aux Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes, vous bénéficiez grâce à notre réseau national de tarifs négociés et de services privilégiés auprès de professionnels de santé en Optique, Chirurgie Réfractive, Dentaire, Implantologie et Audioprothèse. Vous pouvez ainsi accéder à des prestations de qualité au meilleur prix ! 
- ➔ **Votre Mutuelle 24 h / 24** : Accédez aux informations de votre contrat, à vos relevés de prestations, localisez les professionnels de santé partenaires des réseaux les plus proches de chez vous, consultez vos remboursements, demandez une prise en charge... 
- ➔ **Bénéficiez gratuitement de Mutuelle Verte Assistance** : Assistance au domicile...
- ➔ **Mutuelle Verte Magazine** : Un support de communication privilégié avec votre mutuelle.
- ➔ **Parrainage** : Un challenge attractif où Parrains et Filleuls sont récompensés.
- ➔ **Avantages Privilèges** : En partenariat avec de grandes enseignes nationales, bénéficiez de réductions et de promotions dans les domaines des voyages, du bien-être, des services...

Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement aux régimes d'Assurance Maladie Obligatoire (A.M.O.) Français et incluent la part de ces derniers. Ces garanties répondent aux obligations du Décret n° 2014-1374 relatif au contrat responsable. Ainsi, les remboursements (AMO + Régimes Complémentaires) pouvant être perçus par l'assuré sont limités aux frais réels dûment justifiés et aux plafonds par acte prévus par ces dispositions réglementaires. 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 coordonnés (sans prescription préalable du médecin traitant) ne pourront donner lieu à remboursement. En outre, ces garanties prennent en charge l'ensemble des prestations de prévention remboursables prévues par l'arrêté du 8 juin 2006.

**(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 sur la même base (TFR). - **(3)** : Pris en charge si médicalement prescrit. - **(4)** : Forfait par année civile et par bénéficiaire, proratisé en cas d'adhésion ou de radiation en cours d'année. **(5)** : L'avantage fidélité est calculé à partir de la date d'adhésion à la garantie ci-dessus, en année civile pleine. - **(6)** : 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). - **(7)** : Verre simple : verre simple foyer sphère=<6 et cylindre=<4. Verre complexe : verre simple sphère>6 ou cylindre>4 ou multifocal. Verre hypercomplexe : verre multifocal sphérique sphère>4 ou torique sphère>8. Equipement verres mixtes : Verre simple + Verre complexe ou hypercomplexe. Monture 150 euros max. **(8)** : Supplément optique "responsable" après 4 ans d'adhésion si pas de remboursement d'un équipement optique dans les 3 dernières années précédant le dernier achat. - **(9)** : Dents visibles=incisives, canines et 1ères prémolaires, autres dents=2èmes prémolaires, molaires. Sur présentation de la facture et du schéma dentaire détaillés. - **(10)** : Hors soins externes. Les soins externes font l'objet d'un remboursement suivant la nature de l'acte. - **(11)** : Illimitée en Chirurgie, limitée à 90 jours en Médecine, Soins de Suite et de Réadaptation, 30 jours en Psychiatrie. Par année civile et par bénéficiaire. - **(12)** : Illimité en Chirurgie et en Médecine, limité aux minima prévus par les dispositions réglementaires du contrat responsable pour les autres types d'hospitalisation. - **(13)** : En milieu hospitalier uniquement et limité à 30 jours par année civile. - **(14)** : Directement liée aux prestations maternité et versée à la mère lorsqu'elle est bénéficiaire des prestations de La Mutuelle Verte. - **(15)** : Consultations dispensées par un médecin généraliste ou spécialiste titulaire d'un diplôme relatif à une des spécialités mentionnées. **(16)** : Pour les actes effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales. - **(17)** : Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes et membres de l'Institut Français d'Etiopathie, Naturopathes membres du Registre National des Naturopathes. - **(18)** : Prescrit par un médecin micronutritionniste. - **(19)** : Forfait pour 2 années civiles et par bénéficiaire, proratisé en cas d'adhésion ou de radiation au cours des 2 années. - **(20)** : Prescrits par un médecin et délivrés en pharmacie. - **(21)** : Maximum 100 Euros par année civile et par bénéficiaire. - **(22)** : Tous les 3 ans, pour les femmes ayant plus de 50 ans, sur prescription médicale. - **(23)** : Une fois par an, en complément du remboursement forfaitaire prévu par la Sécurité Sociale, inclus dans ce forfait. - **(24)** : Sur présentation de la facture acquittée du(de la) diététicien(ne) Diplômé(e) d'Etat et d'une attestation du médecin traitant(sous forme d'une demande d'un conseil diététique, sans donnée médicale). Maximum 3 séances par année civile et par bénéficiaire. - **(25)** : Sur présentation de la copie d'une licence sportive ou carte de membre d'un club de sport en cours de validité (adultes seulement).

# 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](http://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 Oxygène)

Mme  Mlle  M.\* : \_\_\_\_\_ Prénom\* : \_\_\_\_\_

Né(e) le\* : \_\_\_\_\_ Adresse\* : \_\_\_\_\_

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

Email : \_\_\_\_\_

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

Profession : \_\_\_\_\_ Avez-vous déjà une Mutuelle ?  OUI  NON

**Je suis intéressé(e) par la ou les Garantie(s) :**  OXYGÈNE  OXYGÈNE + (COCHER 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