



*Une couverture complète pour préserver  
votre santé dans le monde entier*

# Des Formules adaptées à chacun

	Réflex *	Déclic *	Tonic *
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b>			
Consultations, visites, imagerie, actes médicaux <sup>(1)</sup> :			
- Médecin adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées**	100 %	100 %	140 %
- Médecin non adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées**	100 %	100 %	120 %
Analyses et auxiliaires médicaux	100 %	100 %	130 %
<b>PHARMACIE <sup>(2)</sup></b>			
Taux de prise en charge par l'AMO : 15 % - 30 % - 65 %	100 %	100 %	100 %
<b>OPTIQUE</b>			
Equipement optique <sup>(3)</sup> :			
• La 1 <sup>ère</sup> et la 2 <sup>e</sup> année <sup>(4)</sup> :			
- Equipement verres simples <sup>(5)</sup>	100 %	60 % + Forfait 70 €	60 % + Forfait 100 €
- Equipement verres mixtes <sup>(5)</sup>	100 %	60 % + Forfait 125 €	60 % + Forfait 150 €
- Equipement verres complexes et/ou hypercomplexes <sup>(5)</sup>	100 %	60 % + Forfait 200 €	60 % + Forfait 200 €
- Lentilles remboursées ou non par l'AMO <sup>(6)</sup>	100%/0%	100%/0% + Forfait 70 € <sup>(7)</sup>	100%/0% + Forfait 100 € <sup>(7)</sup>
• Après 2 ans <sup>(4)</sup> :			
- Equipement verres simples <sup>(5)</sup>	100 %	60 % + Forfait 85 €	60 % + Forfait 125 €
- Equipement verres mixtes <sup>(5)</sup>	100 %	60 % + Forfait 125 €	60 % + Forfait 175 €
- Equipement verres complexes et/ou hypercomplexes <sup>(5)</sup>	100 %	60 % + Forfait 200 €	60 % + Forfait 200 €
- Lentilles remboursées ou non par l'AMO <sup>(6)</sup>	100%/0%	100%/0% + Forfait 85 € <sup>(7)</sup>	100%/0% + Forfait 125 € <sup>(7)</sup>
• Après 4 ans <sup>(4)</sup> :			
- Equipement verres simples <sup>(5)</sup>	100 %	60 % + Forfait 100 €	60 % + Forfait 150 €
- Equipement verres mixtes <sup>(5)</sup>	100 %	60 % + Forfait 150 €	60 % + Forfait 200 €
- Equipement verres complexes et/ou hypercomplexes <sup>(5)</sup>	100 %	60 % + Forfait 200 €	60 % + Forfait 200 €
- Lentilles remboursées ou non par l'AMO <sup>(6)</sup>	100%/0%	100%/0% + Forfait 100 € <sup>(7)</sup>	100%/0% + Forfait 150 € <sup>(7)</sup>
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie...)	-	Forfait 150 € <sup>(7)</sup>	Forfait 300 € <sup>(7)</sup>
<b>AUTRES PROTHÈSES</b>			
Fournitures, audioprothèse, orthopédie et autres appareillages	100 %	100 %	130 %
<b>DENTAIRE</b>			
Soins, inlay/onlay remboursés par l'AMO	100 %	100 %	130 %
Inlay cores remboursés par l'AMO	100 %	100 %	100 %
Couronnes, bridges remboursés par l'AMO <sup>(6)</sup> :			
- Dents visibles	100 %	150 %	200 %
- Autres dents	100 %	125 %	150 %
Appareils mobiles, réparations remboursés par l'AMO	100 %	135 %	175 %
Orthodontie remboursée par l'AMO	100 %	150 %	200 %
Parodontie, orthodontie non remboursées par l'AMO	-	Forfait 75 € <sup>(7)</sup>	Forfait 75 € <sup>(7)</sup>
Implantologie non remboursée par l'AMO	-	Forfait 150 € <sup>(7)</sup>	Forfait 200 € <sup>(7)</sup>
<b>TRANSPORT</b>			
Transports en ambulance, VSL... remboursés par l'AMO	100 %	100 %	130 %
<b>CURE THERMALE</b>			
Cure thermale remboursée par l'AMO <sup>(9)</sup>	AMO	AMO + Forfait 75 €	AMO + Forfait 100 €
<b>HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, PSYCHIATRIE ET OBSTÉTRIQUE <sup>(10)</sup></b>			
Honoraires médicaux :			
- Médecin adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées**	100 %	140 %	160 %
- Médecin adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées**	100 %	120 %	140 %
Séjour	100 %	125 %	150 %
Chambre particulière <sup>(11)</sup>	-	35 € / jour	50 € / jour
Forfait journalier hospitalier <sup>(12)</sup>	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Frais d'accompagnant (enfant moins de 12 ans) en chirurgie <sup>(13)</sup>	-	-	10 € / jour
Participation aux frais d'accouchement <sup>(14)</sup>	-	75 €	100 €
<b>PRÉVENTION <sup>(15)</sup></b>			
Ostéopathie, chiropractie, étiothérapie <sup>(16)</sup>			
Consultation diététique (enfant moins de 15 ans) <sup>(17)</sup>	} 10 €/séance <sup>(18)</sup>	} 10 €/séance <sup>(18)</sup>	} 15 €/séance <sup>(18)</sup>
Consultation psychologue (enfant moins de 15 ans) <sup>(17)</sup>			
Traitement anti tabac (adulte 18 ans et plus) <sup>(6)</sup>	-	Forfait 30 € <sup>(7)</sup>	Forfait 30 € <sup>(7)</sup>
<b>OBSÈQUES (à partir de 12 ans et jusqu'à 65 ans)</b>	-	450 €	450 €
<b>FORFAIT ACTES LOURDS (18 EUROS)</b>	100 % du Forfait	100 % du Forfait	100 % du Forfait
<b>RÉDUCTION 10 % sur vos cotisations si licence sportive <sup>(19)</sup></b>	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>



Avantage  
Fidélité

# Des Services additionnels performants

- ➔ **Un interlocuteur unique** par des accords entre votre organisme d'Assurance Maladie Obligatoire (C.F.E. et Sécurité Sociale Française) et notre organisme.
- ➔ **Remboursements très rapides** des prestations que vous avez dû avancer.
- ➔ **Refus de l'exclusion** : Pas de questionnaire de santé ni de limite d'âge.
- ➔ **Cotisations réduites pour les enfants à charge** : la cotisation est offerte pour le 3<sup>e</sup> enfant et les suivants.
- ➔ **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...
- ➔ **Mutuelle Verte Magazine** : Un support de communication privilégié avec votre mutuelle.
- ➔ **Parrainage** : Un challenge attractif où Parrains et Filleuls sont récompensés.



## Pour une couverture complète, pensez à souscrire à nos Garanties Assistance.

Assistance aux personnes en cas de blessure, assistance juridique à l'étranger, assistance voyage, assistance en cas de décès, responsabilité civile (vie privée, villégiature) et individuelle accident ...

\*\*\* Les professionnels des réseaux de santé exercent en France Métropolitaine et dans les Dom.

### Ces garanties sont accessibles aux bénéficiaires du Régime CFE (Caisse des Français à l'Etranger).

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)** : Sauf Garantie Réflex : 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)** : L'avantage fidélité est calculé à partir de la date d'adhésion à la garantie, en année civile pleine. - **(5)** : 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. - **(6)** : Sur prescription médicale. - **(7)** : Forfait par année civile et par bénéficiaire, proratisé en cas d'adhésion ou de radiation en cours d'année. **(8)** : Dents visibles=incisives, canines et 1ères prémolaires, autres dents=2èmes prémolaires, molaires. Sur présentation de la facture et du schéma dentaire détaillés. - **(9)** : Forfait par année civile et par bénéficiaire pour la prise en charge des frais de soins, du transport et des frais d'hébergement sur justificatif de dépense et limité aux frais engagés. - **(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)** : Illimitée en Chirurgie et en Médecine, limité aux minima prévus par les dispositions réglementaires du contrat responsable pour les autres types d'hospitalisation. - **(13)** : En chirurgie uniquement. Les frais accompagnants étant facturés à l'enfant, celui-ci doit être bénéficiaire des prestations de La Mutuelle Verte. Limités à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. - **(14)** : Directement liée aux prestations maternité et versée à la mère lorsqu'elle est bénéficiaire des prestations de La Mutuelle Verte. **(15)** : Remboursement au titre du poste Prévention plafonné à 30 Euros pour les garanties REFLEX et DECLIC et 45 Euros pour la garantie TONIC par année civile et par bénéficiaire. - **(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) praticien(ne) Diplômé(e) d'Etat et d'une attestation du médecin traitant (sous forme d'une demande d'un conseil diététique ou d'un bilan psychologique, sans donnée médicale). **(18)** : Trois séances (par année civile et par bénéficiaire) maximum toutes disciplines citées. - **(19)** : 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 :

**+33 4 94 18 55 10** (Siège Social - Toulon)

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

**+33 3 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 : +33 4 94 22 02 07

Agence d'Arras : 20, Grand Place - 62000 ARRAS • Fax : +33 3 21 15 07 45

[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



09/2018 - Photo : Fotolia - Document non contractuel

## Demande de devis Santé personnalisé à renvoyer sous enveloppe affranchie à La Mutuelle Verte

(Garanties Internationales)

Mme  M\* : \_\_\_\_\_ Prénom\* : \_\_\_\_\_

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

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

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) :**  REFLEX  DÉCLIC  TONIC (COCHEZ UNE OU PLUSIEURS CASES)

Pour nous aider à vous conseiller, merci de nous préciser le Pays de destination : \_\_\_\_\_

La date de départ prévue : \_\_\_\_\_

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 VOTRE ASSISTANCE EXPATRIÉS

Les informations directement collectées auprès de vous par La Mutuelle Verte font l'objet d'un traitement ayant pour finalité la proposition d'une offre commerciale. Les informations marquées d'un astérisque sont obligatoires et sont nécessaires à l'établissement d'une offre commerciale personnalisée. A défaut, La Mutuelle Verte ne sera pas en mesure de traiter votre demande. Les informations collectées sont à destination exclusive de La Mutuelle Verte et seront conservées pendant 36 mois. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier au Délégué à la protection des données de La Mutuelle Verte, 78 Cours Lafayette - CS 60521, 83041 Toulon Cedex 9. Merci de joindre la copie d'une pièce d'identité. Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.