



2026

Mutuelle santé

Guide d'accueil

Pour les agents adhérents à la convention
de participation santé du CDG 09



Mutuelle
PréviFrance

Bienvenue chez Prévifrance, une Mutuelle **toujours disponible et à vos côtés**



40 agences situées au cœur des villes de France.

Il y a forcément un conseiller Prévifrance près de chez vous !



Notre Service Relation Adhérents à votre écoute !

Conseils, aide dans vos démarches, questions sur vos remboursements...

0 800 09 0800 Service & appel gratuits

Du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30 sans interruption



previfrance.fr

Votre espace adhérent sécurisé et gratuit.

Vos demandes de devis santé, auto, habitation...



Votre carte de tiers payant 100 % digitale disponible à tout moment



Sommaire

Votre mutuelle santé

- > Votre tableau de garanties
- > Vos exemples de remboursement
- > Votre tarif
- > Bonnes pratiques : comment maîtriser vos dépenses de santé

Votre santé au quotidien avec Prévifrance

- > Facilitez-vous la vie avec votre espace adhérent Prévifrance
- > Votre carte de tiers payant digitale
- > Des services en + pensés pour vous
- > Les espaces santé Prévifrance
- > Le réseau optique Carte Blanche

Votre protection va plus loin avec Prévifrance

- > Complétez votre protection pour + de sérénité
- > Lexique santé
- > Notes



Votre mutuelle **santé**

Votre tableau de garanties

Tableaux de garanties CDG 09 en vigueur au 01/01/2026

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ou en euros. Les remboursements exprimés en BR, les forfaits équipements optiques et aides auditives sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) ; ils incluent la part de remboursement de l'AMO. Les remboursements sont limités aux frais engagés et aux montants indiqués dans le tableau de garantie sur présentation des factures acquittées.

Les forfaits hors équipement optique et aides auditives sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.

SOINS COURANTS (1)	CDG 09 - NIVEAU 1	CDG 09 - NIVEAU 2	CDG 09 - NIVEAU 3
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	180 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	180 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologue,...)	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	180 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Actes techniques médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	180 % BR	200 % BR
Pharmacie :			
Médicaments remboursés à 15%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 30%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 65%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de petite chirurgie OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Actes de petite chirurgie Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	180 % BR	200 % BR
Matériel Médical :			
Petits appareillages	100% BR	200% BR	300 % BR
Grands appareillages	100 % BR	250 % BR	350 % BR

HOSPITALISATION (2)	CDG 09 - NIVEAU 1	CDG 09 - NIVEAU 2	CDG 09 - NIVEAU 3
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	180 % BR	200 % BR
Si acte médical supérieur à 120€, prise en charge du forfait	24 €	24 €	24 €
Honoraires médicaux OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Honoraires médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	180 % BR	200 % BR
Frais de séjour	100 % BR	200 % BR	300% BR
Forfait journalier	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Forfait patient urgence	100 % Frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Chambre particulière en ambulatoire : illimitée	-	60 €/jour	60 €/jour
Chambre particulière :			
Chirurgie illimitée, Médecine illimitée, Maternité illimitée	-	60 €/jour	90 €/jour
Frais d'accompagnement			
Moins de 16 ans illimités, Plus de 70 ans illimités	-	25 €/jour	55 €/jour

OPTIQUE (3)	CDG 09 - NIVEAU 1	CDG 09 - NIVEAU 2	CDG 09 - NIVEAU 3
Équipement 100% Santé* (monture et verres classe A) :	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement hors 100% Santé (monture et verres classe B) :			
- Verre simple	30 € / verre	70 € / verre	100 € / verre
- Verre complexe	80 € / verre	120 € / verre	220 € / verre
- Verre très complexe	80 € / verre	170 € / verre	260 € / verre
- Monture	40 €	90 €	100 €
Avantage adhérent Équipement			
si achat dans un espace optique PréviFrance			
- D'un équipement à verres simples Dans la limite des plafonds des "Contrats Responsables"	+30 €	+30 €/an	+30 €/an
- D'un équipement à verres complexes Dans la limite des plafonds des "Contrats Responsables"	+60 €	+60 €/an	+60 €/an
Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait Lentilles remboursées par l'AMO		150 €/an	250 €/an
Forfait Lentilles non remboursées par l'AMO	-	150 €/an	250 €/an
Avantage adhérent lentilles	+30 €/an	+30 €/an	+30 €/an
si achat dans un espace optique PréviFrance			
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie)	-	200 €/œil	400 €/œil

Votre tableau de garanties

DENTAIRE (4)	CDG 09 - NIVEAU 1	CDG 09 - NIVEAU 2	CDG 09 - NIVEAU 3
Soins et Prothèses 100% Santé* (panier sans reste à charge) :	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Soins et consultations	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Inlays, Onlays et Overlays	125 % BR	200 % BR	300 % BR
Prothèses (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres)	125 % BR	325 % BR	450 % BR
remboursées par l'AMO			
Inlay-core et inlay-core à clavettes (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres)	125 % BR	200 % BR	300 % BR
Prothèses non remboursées par l'AMO	-	300 €/an	550 €/an
Prothèses Provisoires non remboursées par l'AMO	-	300 €/an	550 €/an
Orthodontie remboursée par l'AMO	125 % BR	325 % BR	450 % BR
Orthodontie non remboursée par l'AMO	-	600 €/an	800 €/an
Implantologie et parodontologie remboursées par l'AMO	125 % BR	325 % BR	450 % BR
Implantologie non remboursée par l'AMO	-	600 €/an	1300 €/an
Parodontologie non remboursée par l'AMO	-	250 €/an	350 €/an
Plafond dentaire annuel appliqué à un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire :	2 500 €	3 000 €	3 200 €
Orthodontie remboursée par l'AMO, Soins et consultations, Prothèses remboursées par l'AMO, Inlay-core et Inlay-core à clavettes, Implantologie remboursée par l'AMO, Parodontologie remboursée par l'AMO, Prothèses non remboursées par l'AMO, Orthodontie non remboursée par l'AMO, Implantologie non remboursée par l'AMO, Parodontologie non remboursée par l'AMO, Inlay-onlay et overlay			

AIDES AUDITIVES (5)	CDG 09 - NIVEAU 1	CDG 09 - NIVEAU 2	CDG 09 - NIVEAU 3
Equipelement 100% Santé* (Classe 1)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Equipelement hors 100% Santé (Classe 2) :			
Aides auditives moins de 20 ans	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait aides auditives moins de 20 ans	-	-	-
Aides auditives plus de 20 ans	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait aides auditives plus de 20 ans	-	250 €/oreille	600 €/oreille
Piles et autres accessoires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Aides auditives - Avantage adhérent si achat dans le centre d'audioprothèse PréviFrance	+ 100 €/oreille	+ 100 €/oreille	+ 100€/oreille

TRANSPORT	CDG 09 - NIVEAU 1	CDG 09 - NIVEAU 2	CDG 09 - NIVEAU 3
Transport	100 % BR	200 % BR	300 % BR
LES PLUS (6)	CDG 09 - NIVEAU 1	CDG 09 - NIVEAU 2	CDG 09 - NIVEAU 3
Cures Thermales : honoraires de surveillance médicale frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Cures Thermales : remboursées par l'AMO	-	200 €/an	500 €/an
Médecines douces : Panier de soins affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire :		100 €/an	200 €/an
Acupuncteur, Chiropracteur, Diététicien, Ergothérapeute, Etiopathe, Homéopathie, Hypnose, Kinésologue, Microkinésithérapeute, Ostéopathe, Pédiacre, Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Sophrologue, Naturopathe, Méthode Mézières.	-		
Forfait Densitométrie osseuse	-	30 €/an	50 €/an
Médicaments (y compris homéopathie) non remboursés ou non remboursables	-	100 €/an	150 €/an
Forfait Sevrage tabagique	-	40 €/an	80 €/an
Vaccins anti-grippe	-	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Vaccins non remboursés par l'AMO	-	20 €/an	40 €/an
Forfait maternité	-	300 €/an	450 €/an
Actes de prévention remboursés par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Cette garantie est conforme à la législation en vigueur sur les contrats responsables. Elle sera automatiquement adaptée en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Si vous êtes hors parcours de soins coordonnés, votre contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliquée par l'assurance maladie obligatoire, ni les dépassements d'honoraires.

previfrance.fr

Mutuelle PréviFrance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN n° 776 950 669.
Siège social : 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 Toulouse Cedex 6

0 800 09 0800 Service & appel gratuits

Mentions Complémentaires

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ou en euros. Les remboursements exprimés en BR, les forfaits équipements optiques et aides auditives sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) ; ils incluent la part de remboursement de l'AMO. Les remboursements sont limités aux frais engagés et aux montants indiqués dans le tableau de garantie sur présentation des factures acquittées.

Les forfaits hors équipement optique et aides auditives sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.

SOINS COURANTS (1)

- La réglementation impose la différenciation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM /OPTAM-CO) si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, votre contrat ne pourra prendre en charge ses dépassements d'honoraires que minoré de 20% BR par rapport à ceux d'un médecin ayant adhéré et dans tous les cas à hauteur maximale de 100 % BR.
- Le matériel médical est pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

HOSPITALISATION (2)

- Dans les établissements hospitaliers, chaque service a un numéro de discipline médico-tarifaire (DMT), lui-même rattaché à un secteur hospitalier : Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou Psychiatrie (PSY).
- La réglementation impose la différenciation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM /OPTAM-CO) si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, votre contrat ne pourra prendre en charge ses dépassements d'honoraires que minoré de 20% BR par rapport à ceux d'un médecin ayant adhéré et dans tous les cas à hauteur maximale de 100 % BR.
- Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers est pris en charge sans limitation de durée. Cette prise en charge s'applique aux séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY). Elle s'applique aussi si les séjours en cures thermales ou médicales, en colonie sanitaire, en maison d'enfants ou les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction sont effectués dans un établissement hospitalier.
- Le forfait journalier facturé par des établissements médico-sociaux, tels que prévus à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale n'est pas pris en charge.
- Sont exclus les remboursements afférents aux frais liés aux séjours en maison de retraite et hospice et séjours en unités et centres de longue durée.

OPTIQUE (3)

- L'équipement 100% Santé est composé d'une monture et de 2 verres à prix limités (classe A) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit un équipement à prix libres (classe B), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garantie. L'adhérent peut aussi choisir des verres de Classe A avec une monture de Classe B ou inversement.
 - Un équipement optique est composé d'une monture et de 2 verres.
 - Un verre simple est un verre dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00.
 - Un verre complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -6,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00.
 - Un verre très complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -8,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00.
 - Le forfait équipement optique s'entend part AMO et ticket modérateur inclus.
 - En application du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 et 2019-21 du 11 janvier 2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait équipement optique tous les 2 ans ou tous les ans pour les moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, période calculée à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.
- Dans tous les cas, le remboursement maximum pour une monture est de 100€.
- Les « Avantages Adhérents » sont attribués en complément du forfait équipement, dans les limites des plafonds des « Contrats Responsables », soit pour un équipement simple : 420€, un équipement complexe : 700€, un équipement très complexe : 800€, un équipement simple et complexe : 560€, un équipement simple et très complexe : 610€, ou un équipement complexe et très complexe : 750€.

DENTAIRE (4)

- Les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie et l'implantologie non remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge sur présentation d'une facture acquittée d'un praticien agréé, si leur remboursement est prévu dans la garantie souscrite.
- Les soins et prothèses 100% santé sont sans reste à charge pour les adhérents. Ceux-ci peuvent toujours choisir des soins à reste à charge maîtrisés ou à tarif libre. Dans ce cas, les remboursements s'effectueront sur la base des taux ou montants indiqués dans le tableau de garanties.
- Le plafond dentaire annuel concerne les actes figurant au recto. Les prothèses et l'orthodontie remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge par la mutuelle dans la limite du montant indiqué. Au-delà, la Mutuelle rembourse ces frais dentaires à hauteur de 125%.

AIDES AUDITIVES (5)

- L'équipement 100% Santé prévoit des aides auditives à prix limités (Classe I) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit une aide auditive à tarif libre (classe II), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garanties, dans la limite du plafond des Contrats Responsables (1700€/oreille). En application du décret 2019-21 du 11/01/2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait aide auditive tous les 4 ans.
- Les avantages Adhérent sont attribués en complément du forfait aide auditive, dans la limite du plafond des « contrats responsables ».

VOS SERVICES

- Assistance : 0 810 638 440 (Voir Annexe ASSISTANCE)

Vos exemples de remboursements sur le Niveau 1

Exemples de remboursement (à titre indicatif, sans valeur contractuelle)

Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait Journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15€ en service psychiatrie)	0,00 €	0,00 €	20 € (15 €)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443,00 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	171,30 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	486,00 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	214,30 €
Séjours SANS actes lourds					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80% BR	20% BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 754,00 €	3 754,00 €	3003,20 €	750,80 €	0,00 €

** Tarifs en vigueur issus de la convention médicale signée le 4 juin 2024 et publiée au JORF du 21 juin 2024

Vos exemples de remboursements sur le Niveau 1

Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Dentaire					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515,00 €	120,00 €	72,00 €	443,00 €	0,00 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	72,00 €	78,00 €	411,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	48,38 €	472,23 €

Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV (4)	0,00 €
Ex : Verres simples et monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35€ par verre + 24,60 €	0,00 €
Ex : Verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Verre simple	112,00 €	0,05 €	0,03 €	29,97 €	82,00 €
Monture	148,00 €	0,05 €	0,03 €	39,97 €	108,00 €
Verre progressif	246,00 €	0,05 €	0,03 €	79,97 €	166,00 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	0,00 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé	Non remboursé	Selon les frais engagés

Vos exemples de remboursements sur le Niveau 1

Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Aides auditives					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515,00 €	400,00 €	240,00 €	160,00 €	1 115,00 €

Précisions éventuelles

(1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

(2) Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

(3) La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

(4) Prix limite de vente

Votre tarif

Votre collectivité a adhéré à une garantie complémentaire santé collective pour ses agents auprès de la Mutuelle PréviFrance.

Les garanties choisies par le Centre de Gestion de l'Ariège

TARIFS MENSUELS DE LA CONVENTION

	Grille des montants de cotisation TTC		
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Isolé	38.18 €	74.35 €	91.68 €
Duo*	70.63 €	137.54 €	169.61 €
Famille	103.81 €	200.65 €	243.14 €

*Duo : agent bénéficiant de la couverture + 1 ayant droit (conjoint ou enfant)

Rapprochez-vous de votre collectivité pour connaître le montant de sa participation.

Une couverture accessible à votre conjoint et/ou à vos enfants

Comment faire ?

Renseignez les personnes que vous souhaitez couvrir sur votre bulletin individuel d'adhésion dans la partie « Bénéficiaires ».

Comment adhérer ?

Munissez-vous des documents suivants :

- Bulletin d'adhésion
- Mandat SEPA complété et signé
- RIB pour les prélèvements et le versement des prestations
- Pièce d'identité recto/ verso (carte d'identité, passeport, titre de séjour)
- Attestation de droit (Sécurité Sociale)

Pour adhérer au contrat vous avez 3 modes d'affiliation :

1. **Par mail** : votre dossier sera transmissible par mail uniquement par le biais de votre collectivité.
2. **En agence** : remplir votre bulletin d'adhésion en 3 exemplaires avec les pièces ci-dessus et déposer **l'original de l'exemplaire Mutuelle** dans une agence Prévifrance avec le tampon de votre collectivité
3. **Par courrier** : remplir votre bulletin d'adhésion en 3 exemplaires avec les pièces ci-dessus et envoyer **l'original de l'exemplaire Mutuelle**, avec le tampon de votre collectivité à l'adresse suivante :

80 Rue Matabiau, BP 71269, 31012 Toulouse Cedex 6

Bonnes pratiques : comment maîtriser **vos dépenses de santé ?**



Déclarez un médecin traitant et suivre le parcours de soins

Avez-vous un médecin traitant ?

Si la réponse est non ou si celui-ci se situe loin de votre domicile suite à un déménagement par exemple, la première des choses à faire est de déclarer un médecin traitant.

Cette première étape passée il faudra par la suite penser à le consulter en priorité afin d'être mieux remboursés.



Consultez votre dentiste tous les ans

Un contrôle annuel de vos dents auprès d'un chirurgien-dentiste vous permet d'éviter les mauvaises surprises et les épisodes dentaires douloureux associés. De plus, vous limiterez ainsi les coûts importants que peuvent occasionner la pose d'une couronne dentaire ou d'un implant par exemple.



Faites plusieurs devis

En cas de devis dentaire ou optique important, nous vous conseillons de réaliser plusieurs devis auprès de différents praticiens afin d'être sûrs des soins à effectuer et des tarifs associés. Ainsi avec ce réflexe, votre reste à charge peut être nul ou limité.



Soyez vigilants aux dépassements d'honoraires

Avant de prendre rendez-vous chez un praticien de santé, demandez-lui ou vérifiez sur le site de l'Assurance Maladie s'il est adhérent ou non à l'OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée). Cette démarche vous permettra de limiter les dépassements d'honoraires et ainsi les restes à charge importants.



Restez discrets sur le montant de vos garanties santé

Afin d'éviter les pratiques douteuses, ne divulguez pas le niveau de vos garanties ou leurs montants.



Le générique à tout bon !

Même s'il s'est installé dans nos parcours de soin depuis plusieurs années, nous avons tendance à oublier que les médicaments génériques sont vendus 30% à 40% moins chers que les médicaments originaux. Pensez à demander à votre pharmacien un médicament générique si ce dernier de vous le propose pas.



Votre santé au quotidien avec Prévifrance

Facilitez-vous la vie avec votre espace adhérent Prévifrance !

Gagnez du temps et facilitez-vous la vie !

Gérez votre mutuelle santé en toute simplicité grâce à notre espace adhérent dédié !

Accédez à un espace en ligne gratuit, 7j/7 et 24h/24 où vous pouvez consulter vos remboursements, suivre vos demandes et accéder à des informations utiles.



Ouvrir son espace dédié rien de plus simple !

1

Munissez-vous de votre **numéro de contrat** présent sur votre carte mutuelle de tiers payant ou sur votre contrat Prévifrance

2

Choisissez un **identifiant** et un **mot de passe**

3

Validez votre inscription en cliquant sur l'email d'activation : **vous n'avez plus qu'à découvrir tous les services en ligne !**



Créez votre compte rapidement

Accessible 7j/7, 24h/24

- > **En tant qu'adhérent, consulter tous vos remboursements** en temps réel
- > **Transmettre vos factures**, demandes de devis ou de prise en charge, arrêts de travail en les prenant simplement en photo grâce à votre espace personnalisé
- > **Mettre à jour votre situation personnelle** (changement d'adresse, de coordonnées, de RIB, ajout d'un bénéficiaire...) en seulement quelques minutes
- > **Télécharger votre carte de tiers payant** de complémentaire santé
- > **Visualiser le détail de vos couvertures** santé et prévoyance : vos garanties et les bénéficiaires de vos contrats chez Prévifrance
- > **Payer des cotisations en ligne** en accédant à notre plateforme de paiement sécurisé dans la rubrique Mes démarches et ce, en toute simplicité

Votre carte de tiers payant **digitale**

Avec votre carte mutuelle Prévifrance, vous réalisez un geste pour l'environnement !

Comment ? En profitant dès aujourd'hui d'une carte mutuelle digitale et de ses nombreux avantages.

Votre carte mutuelle digitale Prévifrance est disponible sur votre espace adhérent depuis votre smartphone. Elle est également accessible dans l'onglet "Mes documents" de votre espace adhérent.



+ PROCHE

Disponible 7j/7 et
24h/24 sur smartphone
et mise à jour en temps
réel



+ DURABLE

Finis le papier !
Découvrez la liberté
d'une carte mutuelle
digitale et préservons
l'environnement



+ SÉCURISÉE

Accessible sur l'espace
adhérent Prévifrance
sur smartphone



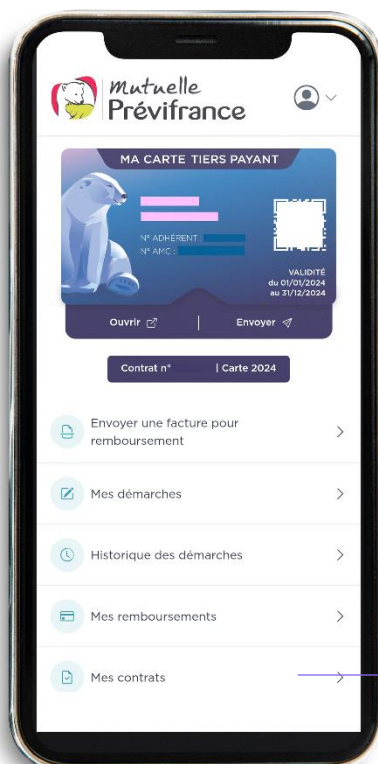
+ PRATIQUE

Partagez-la facilement
par email à votre
famille et aux
professionnels de
santé

Votre espace adhérent
Prévifrance :

**Accédez directement à votre
carte de tiers payants digitale**

**Visualisez votre carte
de tiers payant digitale**



Partagez là simplement aux
professionnels de santé

Accédez à toutes vos démarches
et à votre contrat

Des services pensés pour vous



PréviClub veille sur votre pouvoir d'achat

Grâce à votre adhésion, vous avez accès à la plateforme **PréviClub pour consommer malin toute l'année**. PréviClub vous réserve de nombreux avantages privés simplement depuis votre espace adhérent Prévifrance.

- **Dépenses du quotidien** : grandes surfaces, beauté, parfumerie, bien-être, culture...
- **Maison et équipement** : mobilier, décoration, électroménager...
- **Vacances et loisirs** : billetterie, hôtels, locations, cinéma...
- **Offres locales** : chez des partenaires proches de chez vous.

En quelques clics, vous accédez à des réductions sur **plus de 2 000 marques et enseignes** :



Connectez-vous à votre espace adhérent sur previfrance.fr et cliquez sur « PréviClub ».



Un programme de parrainage pour vous gâter

En parrainant un membre de votre famille, un ami, un collègue... nous vous offrons **une carte cadeau d'une valeur de 40 €⁽¹⁾** à utiliser dans de multiples enseignes !



Un accompagnement en cas de difficultés

Hospitalisation, maladie, handicap, situation de dépendance ou décès d'un proche... Pour vous aider à faire face aux aléas de la vie, les assistantes sociales de notre **service « Conseil Accompagnement Santé »** vous apportent des solutions personnalisées.

(1) Sous conditions, voir règlement en agence ou sur previfrance.fr.

Les espaces santé **PréviFrance**



Un meilleur accès aux soins

Au-delà de notre métier, notre nature prévoyante et mutualiste nous a conduits à vous proposer un accès simple à des structures santé à but non lucratif qui vous garantissent des tarifs compétitifs afin de limiter votre « reste à charge ».

Les espaces santé **PréviFrance**

> 13 Espaces optiques notamment à Carcassonne et Toulouse

- Offre monture + verres à zéro euro de reste à charge et avantage adhérent
- Contrôle de la vue remboursé, sur rendez-vous uniquement

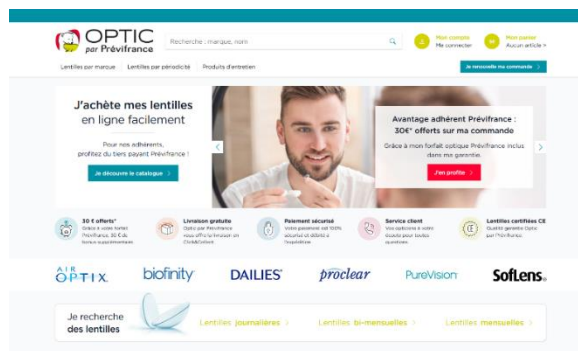
> 2 espaces d'audioprothèse à Toulouse

- Bilan auditif gratuit (à visée non médicale)
- Avantage adhérent : +100€ par oreille pour tout achat d'un appareil auditif



Depuis le 1er janvier 2025, vous pouvez commander vos lentilles en ligne et profiter du tiers payant sur :

www.meslentilles.previfrance.fr



Plus de 40 agences de proximité

Vos agences



Muret

35, Allées Niel 31600



Toulouse Saint-Michel

45, grande rue Saint Michel



Toulouse Saint-Cyprien

11 bis, place Saint Cyprien



Toulouse Matabiau

80, rue Matabiau



Saint-Gaudens

34, boulevard Pasteur



Carcassonne

1, rue Antoine Armagnac



Narbonne

28, boulevard Dr Lacroix



Pamiers

7, route de Mirepoix



Mutuelle PréviFrance



Optic par PréviFrance



Audition par PréviFrance

Service Relation Adhérent et Pôle Collectivités Territoriales

Des conseillers qualifiés qui répondent à toute demande liée à vos contrats :
vos remboursements, vos cotisations, devis optique ou dentaire, changement de situation...

Plateforme située à Toulouse au siège social de la Mutuelle.

Votre numéro dédié : **05 31 54 74 84**

Votre adresse mail dédiée : territoriaux@previfrance.fr

Le réseau CARTE BLANCHE



Opticiens partenaires : Krys, Optic 2000, Atol, Alain Afflelou, Grand Optical, Générale d'optique, Acuitis, Lissac, Optical Center, Visual, les Opticiens Mutualistes, Hans Anders opticien, Lynx Optique, Vision Plus Opticiens...

Des partenaires de proximité

Plus de 7 900 opticiens partenaires*, répartis dans toute la France, vous proposeront différents avantages :

- . Ne payer que votre reste à charge, pas d'avance de frais avec votre Tiers Payant
- . Des garanties sur votre équipement optique (casse, adaptation...)
- . Des tarifs négociés sur plus de 70 000 références, provenant de 44 fournisseurs de verres et de lentilles.
- . Une traçabilité des équipements proposés pour vous garantir la qualité du produit que vous achetez.
- . Une prestation d'entretien et de ré-ajustage comprise dans le prix d'achat de vos lunettes
- . L'accès à l'offre « Carte Blanche - Prysme » pour des lunettes de qualité avec zéro dépense*
- . Une expertise adaptée à votre besoin dans les magasins référents / basse vision, contrôle de la vue, lentilles de contact et vision de l'enfant.

* Données septembre 2024

Carte Blanche Partenaires en chiffres





**Votre protection va plus loin
avec Prévifrance**

Complétez votre protection pour plus de sérénité

Des offres exclusives **négociées et réservées à nos adhérents** ⁽¹⁾



Renforcez votre protection santé

Garantie Indemnités Journalières Hospitalisation

Afin de couvrir tous les frais annexes d'une hospitalisation : dépassement d'honoraires, chambre particulière, télévision, aide-ménagère... **Pour seulement 6,85 €/mois et quel que soit votre âge**, vous recevez 30 € par jour d'hospitalisation pour améliorer votre confort !

Garantie protection accident

Afin de préserver vos indemnités journalières en cas d'hospitalisation et un capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie ou de décès.

- En cas d'hospitalisation, une indemnité de 40 € ou 75 €/jour dès la 1^{re} nuit d'hospitalisation.
- En cas de décès, un capital de 5 000 € ou 10 000 € versé aux bénéficiaires de votre choix.

Garantie Décès/Invalidité

Protégez ceux que vous aimez en les mettant à l'abri de soucis financiers. Qu'il s'agisse d'un accident ou d'une maladie, **le capital est versé aux bénéficiaires de votre choix** et à vous-même en cas de PTIA entre 10 000 € et 50 000 €. Il est exonéré d'impôts et de droits de succession ⁽²⁾.



Préparez votre retraite et gérez votre patrimoine

Assurance vie

L'assurance vie, c'est le contrat épargne préféré des Français !

L'assurance vie est un produit d'épargne qui permet de répondre à de multiples objectifs de vie : valoriser et transmettre votre patrimoine, préparer votre retraite, les études de vos enfants ou vous constituer un complément de revenus... Une façon efficace et souple de constituer et faire fructifier un capital tout en associant la sécurité et les opportunités des marchés financiers dans un cadre fiscal privilégié.

Les avantages de l'assurance vie

- 1- Un placement bénéficiant d'avantages fiscaux très attrayants
L'assurance vie bénéficie d'un cadre fiscal privilégié.
- 2- Une épargne toujours disponible
Sous forme d'avance ou de rachat, vous pouvez récupérer votre argent à tout moment.

- 3- La constitution d'un capital pour financer tous vos projets
Plusieurs modes de sortie sont possibles : versement de l'épargne sous forme de capital, de rente, de retrait partiel ou programmé.
- 4- La garantie de bénéficier d'avantages successoraux
Favorisez la transmission d'un capital en dehors du cadre de la succession et de sa fiscalité.

Épargne Retraite et Gestion de Patrimoine ⁽³⁾

Valoriser et transmettre votre patrimoine, préparer votre retraite, les études de vos enfants ou vous constituer un complément de revenus... **nous avons des solutions pour répondre à vos besoins.**

Assurance vie ou Plan Epargne Retraite Individuel, votre conseiller vous aidera à faire le point sur la formule la plus adaptée à votre profil.

Nos **conseillers experts en gestion de patrimoine** peuvent aussi réaliser un état des lieux et vous accompagner pour choisir la formule adaptée à votre profil : actifs, ressources, dettes, situation professionnelle et familiale...



**Protégez vos proches
dans les moments les plus difficiles**

Contrat Obsèques

Pour un avenir serein, la Mutuelle PréviFrance vous propose aussi un contrat pour préparer et financer vos obsèques et ainsi soulager vos proches.

Sans questionnaire médical, vous choisissez un capital pour le paiement de vos obsèques en toute confiance.



Protégez vos biens

Assurance Automobile

Profitez de tarifs privilégiés pour couvrir tous vos besoins en assurance auto :

- Réduction si vous avez un bonus à 50 % (depuis + de 3 ans ou 0 sinistre).
- 15 % de remise si vous et votre conjoint êtes les seuls conducteurs du véhicule.

Offre Adhérents
Jusqu'à **15%**
de réduction
sur le pack auto
et habitation



Assurance Habitation

Pour votre résidence principale, secondaire ou investissement locatif :

- Tarifs réduits et négociés pour votre assurance habitation.
- Biens remplacés à neuf sans aucun abattement dû à la vétusté.

(1) Sous conditions applicables à chaque offre. (2) Selon la réglementation en vigueur. (3) Selon le contrat d'assurance souscrit le capital ne peut être garanti

Lexique **santé**

Vous avez encore quelques questions pour mieux comprendre votre contrat santé ?

Pas de panique ! La réponse doit se trouver dans ce lexique.

FR ou Frais réels

Les frais réels correspondent aux dépenses totales engagées dans le cadre d'un acte médical.

BR ou Base de remboursement

La base de remboursement est le tarif défini par la Sécurité sociale. Ce montant sert de base au calcul du remboursement par la mutuelle.

PMSS ou Plafond mensuel de la Sécurité Sociale

Il s'agit du salaire de référence de la Sécurité Sociale utilisé pour le calcul de certaines prestations. Sa valeur peut évoluer chaque année au 1^{er} janvier.

OPTAM et OPTAM-CO : qu'est-ce que c'est ?

Depuis le 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins a évolué. Aujourd'hui, il fait office d'une nouvelle appellation, les garanties faisant référence au CAS visent désormais l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

La réglementation impose aux Complémentaires santé de limiter les remboursements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au CAS hier, et non OPTAM et non OPTAM-CO aujourd'hui à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale ; soit un remboursement maximum de 200% part Sécurité sociale incluse.

Pour vérifier si votre médecin a adhéré au dispositif ou pas, renseignez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

100% santé

Le 100% santé est une offre qui vous permet d'accéder à des lunettes de vue, des aides auditives, des prothèses dentaires de qualité, prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale et les complémentaires santé. L'offre 100 % Santé s'adresse à toutes les personnes disposant d'une complémentaire santé responsable ou de la CMU-c. Mais elle n'est pas obligatoire et chacun reste libre de choisir les équipements qu'il souhaite.

Contrat mutuelle responsable

Un contrat de mutuelle est responsable lorsqu'il respecte un cahier des charges fixé par décret. Le contrat responsable doit respecter des plafonds et des planchers de remboursement des soins. Il respecte aussi certaines règles incitant le patient à suivre le parcours de soins coordonnés.

L'objectif d'un contrat responsable est de responsabiliser les patients et les opérateurs afin de réduire le déficit de l'Assurance maladie. Ce type de contrat incite le patient à avoir une attitude raisonnable concernant les dépenses de santé qu'il engendre.

[illegible]

[illegible]

UNE MUTUELLE TOUJOURS À VOS COTÉS



EN AGENCE

40 agences situées
au cœur des villes de France.
Il y a forcément un conseiller PréviFrance
près de chez vous !



PAR TÉLÉPHONE

Notre Service Relation Adhérents à votre écoute !

Conseils, aide dans vos démarches,
questions sur vos remboursements...

0 800 09 0800

Service & appel
gratuits

Du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30
sans interruption



SUR MOBILE

Une application disponible 7j/7 et 24h/24
pour plus de liberté



SUR INTERNET

previFrance.fr

Votre espace adhérent sécurisé et
gratuit. Vos demandes de devis santé,
auto, habitation...

Pour en
savoir plus



RÉCLAMATIONS SANTÉ ADHÉRENT

La Mutuelle PréviFrance est dotée d'une procédure de traitement des réclamations.

• Etape 1 : Contactez-nous

Avant de recourir au service chargé d'accueillir les réclamations, rapprochez-vous de : votre interlocuteur habituel par téléphone ou en agence du service Relation Adhérents par téléphone au 0 800 09 0800 ou via votre Espace Adhérent ou par courrier afin qu'une solution adaptée soit trouvée à votre interrogation.

• Etape 2 : Réclamation

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, envoyez votre réclamation par courrier recommandé avec accusé de réception, en écrivant à l'adresse suivante : Mutuelle PréviFrance - Réclamation Prévoyance Adhérents 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE CEDEX 6.

Un accusé-réception sera envoyé dans les 10 jours ouvrés maximum à compter de la réception de la réclamation. Une réponse sera apportée dans le délai maximum de 2 mois.

• Etape 3 : Médiation

En l'absence de réponse dans les 2 mois ou si le différent persiste et si aucune action contentieuse n'a déjà été engagée pour le même litige, saisissez gratuitement le Médiateur de la Mutuelle.

- soit par courrier avec accusé de réception adressé à : CM2C - 14 RUE SAINT JEAN - 75017 Paris
- soit par voie électronique sur le site internet de CM2C : <https://www.cm2c.net/>
- soit par mail à cm2c@cm2c.net

accompagné de l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier.

Mutuelle PréviFrance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN n° 776 950 669. Mutuelle PréviFrance Services Santé soumise aux dispositions du livre III du Code de la Mutualité - SIREN n° 444 607 998. Mutuelle PréviFrance - Siège social : 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 Toulouse Cedex 6. Document non contractuel à caractère publicitaire. Retrouvez la liste de nos partenaires sur previFrance.fr

© Mkg 04/2024. Illustration : © Sébastien Gravouil. Crédit photos : © AdobeStock.



**Mutuelle
PréviFrance**