

	PRIMO	TONIC	EXCEL	ZENIT
MALADIE (Prestations prises en charge par la Mutuelle sous réserve d'un remboursement RO)				
Consultations, visites généralistes ; Consultations, visites spécialistes (a)	100 %	120 %	140 %	400 %
Actes de petite chirurgie (a)	100 %	120 %	140 %	400 %
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...), Analyses médicales	100 %	120 %	140 %	400 %
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) et actes techniques médicaux (a)	100 %	120 %	140 %	400 %
Pharmacie : médicaments remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie : non remboursable, sur prescription médicale	-	-	-	50 €/an
Homéopathie, contraception, traitement de la ménopause, transport	100 %	100 %	100 %	100 %
HOSPITALISATION				
Frais de séjour (base chambre à deux lits)	100 %	100 %	100 %	400 %
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique, honoraires médicaux (a)	100 %	130 %	160 %	400 %
Forfait journalier illimité Non remboursable en Ets médico-sociaux article 174-4 du Code de la Sécurité Sociale	100 %	100 %	100 %	100 %
TM Forfaitaire Si acte médical supérieur ou égal à 120€, prise en charge du forfait	18 €	18 €	18 €	18 €
Chambre particulière Médecine, chirurgie, convalescence, rééducation : maxi.30 jours/séjour Psychiatrie maxi.30 jours par année civile. Zénit en chirurgie : illimité séjour	-	Maxi 45 €/jour	Maxi 55 €/jour	Dépense réelle Maxi 100 €/jour
Frais d'accompagnement Enfant de moins de 16 ans sociétaire à la Mutuelle Médecine et Chirurgie : maxi.30 jours/séjour, Zénit en chirurgie : illimité	Maxi 24 €/jour	Maxi 32 €/jour	Maxi 40 €/jour	Dépense réelle Maxi 80 €/jour
Etablissements non conventionnés : Honoraires	-	-	-	300 %
DENTAIRE				
Soins, consultations et radios	100 %	100 %	100 %	100 %
Soins pratiqués chez un praticien ayant droit à un DP	100 %	190 %	260 %	300 %
Parodontologie : Forfait par personne	-	65 €/an	100 €/an	135 €/an
Inlays et Onlays (côtés en SC) : Forfait par personne	100 %	40 €/dent	60 €/dent	85 €/dent
Prothèses, implants et parodontologie remboursés par l'assurance maladie obligatoire				
- Fixes : dents de devant jusqu'à la 2ème prémolaire	125 %	200 %	275 %	370 %
- Fixes : molaires	125 %	190 %	260 %	350 %
- Amovibles	125 %	195 %	270 %	360 %
Inlay core et Inlay core à clavettes ou faux moignons (hors métal précieux)	125 %	150 %	150 %	150 %
Implantologie : Forfait par personne	-	450 €/an	600 €/an	750 €/an
Provisoires et Inter de bridge : dents de devant jusqu'à la 2ème prémolaire. Forfait par personne	-	70€/dent	70€/dent	70€/dent
Prothèses non remboursées par l'assurance maladie obligatoire	-	120 %	150 %	350 %
Orthodontie remboursée par l'assurance maladie obligatoire	125 %	180 %	240 %	300 %
Orthodontie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire (BR reconstitué)	-	120 %	150 %	300 %
OPTIQUE 1 équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue. Monture maximum 150 €*				
Equipelement Simple (monture + verres simples)	105 €	170 €	250 €	425 €
Equipelement Complexe (monture + verres complexes)	200 €	210 €	310 €	525 €
Lentilles remboursées par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait lentilles remboursées ou non par le R.O, non cumulable avec un équipement sauf garantie Zenit	-	150 €	220 €	325 €
Chirurgie réfractive de l'oeil (myopie, hypermétropie, astigmatie, presbytie). Forfait par an, par personne	-	275 €/oeil	400 €/oeil	520 €/oeil
AUDITIF				
Prothèses auditives	100 %	100 %	100 %	100 %
Supplément prothèses auditives. Forfait par personne	-	290 €/an	425 €/an	625 €/an
ORTHOPEDIE - PEDICURIE				
Orthopédie (dont prothèses capillaires, mammaires), pédicurie	100 %	100 %	100 %	100 %
Suppléments orthopédie, pédicurie. Forfait par personne sur présentation de facture	-	70 €	120 €	215 €
MEDECINES DOUCES (Sur présentation de facture d'un praticien agréé)				
Ostéopathie, chiropractie, étioopathie, consultation diététique. Forfait par personne	-	75 €	110 €	150 €
CURES THERMALES				
Honoraires de surveillance et soins thermaux	100 %	100 %	100 %	100 %
Cures acceptées: Hébergement et transport, forfait par personne (hors milieu hospitalier)	60 €/an	85 €/an	130 €/an	250 €/an
Cures refusées : Forfait par personne	40 €/an	55 €/an	80 €/an	135 €/an
NAISSANCE - ADOPTION				
Participation maxi aux frais liés , dès l'inscription de l'enfant, doublée en cas de naissance gémellaire, réduite de moitié si un seul des parents est sociétaire	80 €	110 €	160 €	405 €
Participation Fécondation In Vitro. Forfait	-	80 €/an	100 €/an	135 €/an
Péridurale. Supplément sur dépassement	-	80 €	100 €	135 €
Chambre particulière. Si la mère est sociétaire, maximum 7 jours	-	Maxi 32 €/jour	Maxi 40 €/jour	Dépense réelle Maxi 80 €/jour
RENFORTS (Sur présentation de facture pour des actes hors nomenclature avec prescriptions médicales)				
Patch anti-tabac / Pilule contraceptive / Produit incontinence : Forfait par personne et par poste	25 €/an	45 €/an	55 €/an	75 €/an
OBSEQUES (Prestations soumises à renouvellement annuel)				
Participation aux frais d'obsèques d'un sociétaire adulte ou enfant. Forfait	160 €	160 €	160 €	160 €
PREVENTION				
Actes de prévention remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %
Vaccin grippe	100 %	100 %	100 %	100 %

MENTIONS COMPLÉMENTAIRES

Vos garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les «contrats responsables». Si vous êtes hors parcours de soins coordonnés, votre contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliqués par l'assurance maladie obligatoire, ni les dépassements d'honoraires.

(a) Les dépassements sur les actes et honoraires pratiqués par des médecins n'ayant pas adhéré au dispositif du contrat d'accès aux soins sont minorés de 20% par rapport au pourcentage indiqué dans le tableau des prestations et en tout état de cause plafonnés à 200%.

Les remboursements exprimés en pourcentages de la base de remboursement (BR) ou du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) incluent la participation des régimes obligatoires (RO).

Les suppléments et forfaits sont considérés par année civile (référence date des soins) et sont données dans la limite des frais réels.

Les dépassements de tarifs non autorisés par les RO ou par les décrets sur les contrats responsables, ne peuvent donner lieu à une prise en charge GRM, de même que les actes hors nomenclature.

Accidents : GRM peut faire l'avance des frais avec recours contre les tiers.

Les soins de plus de deux ans ne sont pas remboursables.

Nos tarifs et documents sont établis sur la base des remboursements du régime obligatoire et des textes législatifs connus au 01/10/2015.

ENFANTS Nouveau-né : GRATUIT jusqu'à l'âge de 1 an, GRATUIT la 1^{ère} année d'adhésion - Tarif enfants appliqué : Jusqu'à 21 ans pour les lycéens, étudiants ou apprentis - GRATUIT à partir du 3^{ème} enfant

SUITE DE GARANTIE INTERNE Effet immédiat pour mariages ou naissances, si l'inscription est faite dans le mois.

- Pas de droit d'entrée,
- Pas de frais de dossier,
- Pas d'autre cotisation ou frais supplémentaire,
- Taxe TSCA et taxe CMU incluses (13,27%),
- Assistance à domicile incluse.

Les cotisations sont payables au mois, au trimestre, au semestre ou à l'année (prélèvement sans frais).

Extensions de garantie : effet immédiat possible en début de trimestre avec maintien pendant 2 ans.

CONDITIONS PARTICULIÈRES

- L'adhésion est familiale (sauf mutuelle obligatoire pour un des membres de la famille)
- La notion de famille ne s'applique pas aux enfants salariés
- Aucune prestation n'est versée avant le règlement des cotisations
- La démission est donnée par lettre recommandée
- Les cotisations versées ne sont pas remboursées (sauf mutation interne GRM)

Ces garanties permettent aux travailleurs non-salariés et professions libérales, grâce à l'adhésion à Prévifrance Association (Association Loi 1901), de bénéficier des avantages de la loi Madelin.

OPTIQUE Un équipement optique est composé d'une monture et de 2 verres. En application du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 régissant les «contrats responsables», la Mutuelle rembourse un forfait équipement optique tous les 2 ans ou tous les ans pour les mineurs 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. Le forfait équipement optique s'entend prise en charge du ticket modérateur incluse.

Répartition des verres par codes LPP selon la nomenclature de l'assurance maladie obligatoire :

Équipement simple : monture + verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries. LPP : 2203240 – 2287916 – 2259966 – 2226412 – 2261874 – 2200393 – 2242457 – 2270413.

Équipement complexe : monture + verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries. LPP : 2282793 – 2263459 – 2280660 – 2265330 – 2235776 – 2295896 – 2284527 – 2254868 – 2212976 – 2252668 – 2288519 – 2299523 – 2290396 – 2291183 – 2227038 – 2299180 – 2245384 – 2295198 – 2202239 – 2252042 – 2243540 – 2243304 – 2273854 – 2283953 – 2238941 – 2245036 – 2259245 – 2238792 – 2240671 – 2234239 – 2297441 – 2291088 – 2248320 – 2219381 – 2268385 – 2206800 – 2264045 – 2202452 – 2282221 – 2202452 – 2282221 – 2259660.

Dans le cas d'un équipement mixte (monture + 2 verres, l'un simple, l'autre complexe), le remboursement s'effectue sur la base d'un équipement complexe. Le forfait concernant les lentilles non remboursées par l'assurance maladie obligatoire est versé sur prescription médicale et sur facture acquittée.

DENTAIRE 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.

HOSPITALISATION La chambre particulière est prise en charge à partir d'une nuit d'hospitalisation ; la prise en charge s'exerce à concurrence du tarif plafond indiqué, sauf convention particulière passée entre la Mutuelle et l'établissement.

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 médicosociaux, 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.

Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnement et repas en milieu hospitalier) doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation et concernent l'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans.

OBSEQUES Le contrat de la prestation «obsèques», incluse dans la garantie choisie se renouvelle annuellement sauf en cas de résiliation par le souscripteur ou l'assureur.

ASSISTANCE A DOMICILE Garantie incluse 24h sur 24, 7 jours sur 7, partout en France.

Assurée par Garantie Assistance

PROTECTION JURIDIQUE SANTE En cas de litige avec un Professionnel de Santé ou un Etablissement de soins. Assurée par Assistance Protection Juridique



EN AGENCE

Plus de 40 agences de proximité sur 20 départements



PAR TÉLÉPHONE

Service Relation Adhérents

0 810 074 075

Service 0,06 € / min + prix appel



PAR INTERNET

www.mutuellegrm.fr

Votre espace adhérent sécurisé et gratuit



PLUS DE 40 AGENCES DE PROXIMITÉ SUR 20 DÉPARTEMENTS

AGEN, ALBI, AUCH, AUTUN, BORDEAUX, BISCARROSSE, BRIVE, CAHORS, CARCASSONNE, CASTRES, CHALON-SUR-SAÔNE, CLERMONT-FERRAND, COLOMIERS, DAX, DIGOIN, DIJON, FUMEL, GÉNELARD, GUEUGNON, LE CREUSOT, LIMOGES, LOUHANS, LYON, MARMANDE, MÂCON, MONTCEAU, MONTAUBAN, MONT-DE-MARSAN, MURET, NARBONNE, NÉRAC, PAMIER, PARAY LE MONIAL, PARIS, PAU, ROANNE, RODEZ, SAINT-GAUDENS, SAINT-VINCENT-DE-TYROSSE, TARBES, TOULOUSE (3 AGENCES), TULLE, VILLENEUVE-SUR-LOT



devient



Mutuelle Prévifrance