



La gestion de votre contrat Complémentaire Santé

BIENVENUE

Votre employeur a souscrit un contrat complémentaire santé afin de vous aider à gérer vos dépenses de santé au quotidien.

Ce guide a pour vocation de vous accompagner dans vos démarches et ce, tout au long de la vie du contrat que votre entreprise a souscrit pour vous.

Vous y trouverez toutes les informations relatives à vos garanties, aux démarches liées à vos remboursements, aux outils mis à disposition et notamment au Tiers Payant.

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 DÉCOUVREZ VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	3
CHAPITRE 2 VOS REMBOURSEMENTS SANTÉ	10
La télétransmission NOEMIE	10
Liste des pièces justificatives à fournir pour vos remboursements	11
Les dates de soins retenues pour vos remboursements	12
CHAPITRE 3 LES SERVICES + ...	13
Mutuelle Verte Assistance	13
La téléconsultation médicale	14
Le réseau de soins ITTELIS	15
2 ^{ème} avis médical	16
Gestion dématérialisée (espaces adhérents, application mobile)	17
CHAPITRE 4 VOTRE CONTRAT.....	20
Le détail de vos garanties	20
Le détail de vos tarifs	21
LEXIQUE	22
VOS CONTACTS	24

CHAPITRE 1 : DÉCOUVREZ VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Comprendre les remboursements de vos frais de santé

Votre complémentaire santé a été conçue pour vous permettre de compléter efficacement les remboursements des sommes laissées à votre charge par votre Assurance Maladie Obligatoire.

1

Remboursements de votre Assurance Maladie Obligatoire

L'Assurance Maladie Obligatoire fixe une base de remboursement (BR) pour chaque acte médical et prend en charge un pourcentage de celle-ci.

Exemple : 70% de la base de remboursement sur les consultations d'un médecin généraliste.

2

Franchise

Pour de nombreux actes, vous devez payer obligatoirement une franchise.

Exemple : 1 € pour une consultation chez votre médecin traitant.

3

Remboursements complémentaires

Nous prenons en charge tout ou partie des frais non remboursés conformément au contrat de votre entreprise.

4

Reste à charge éventuel

Une partie des frais peut rester à votre charge.

5

Régimes optionnels

En souscrivant à un régime optionnel, votre participation sera réduite, voire nulle.

BON À SAVOIR

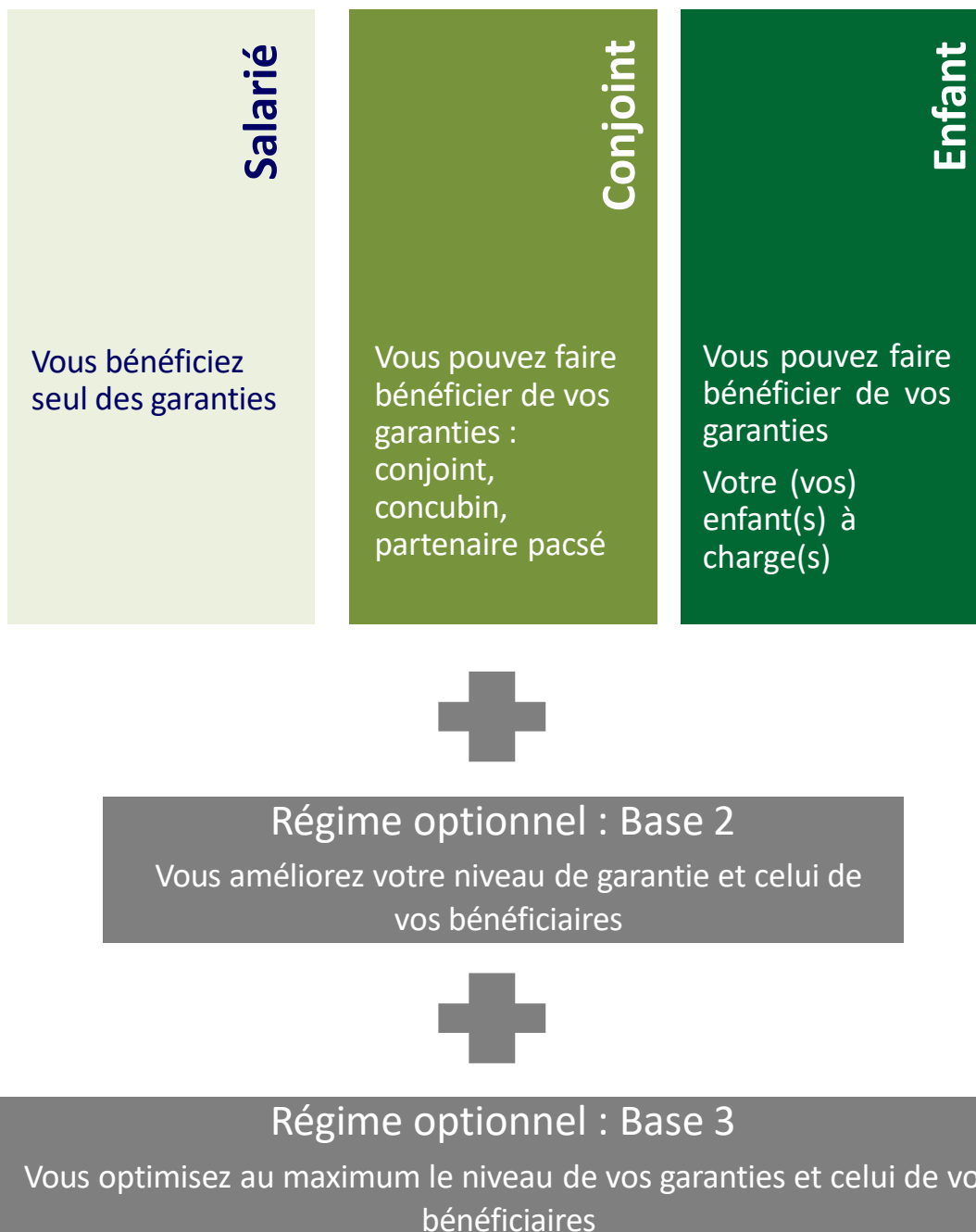
Retrouvez l'ensemble des définitions utiles dans le lexique disponible à la fin de ce guide.

CHAPITRE 1 :

DÉCOUVREZ VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Les choix à votre disposition

Vous pouvez personnaliser votre affiliation au travers du choix de vos bénéficiaires mais surtout en choisissant une option facultative pour compléter vos remboursements.



CHAPITRE 1 :

DÉCOUVREZ VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Les garanties de votre complémentaire santé

Votre complémentaire santé couvre l'hospitalisation, les frais médicaux courants, les frais dentaires et optiques ainsi que d'autres frais en fonction du contrat souscrit par votre entreprise.

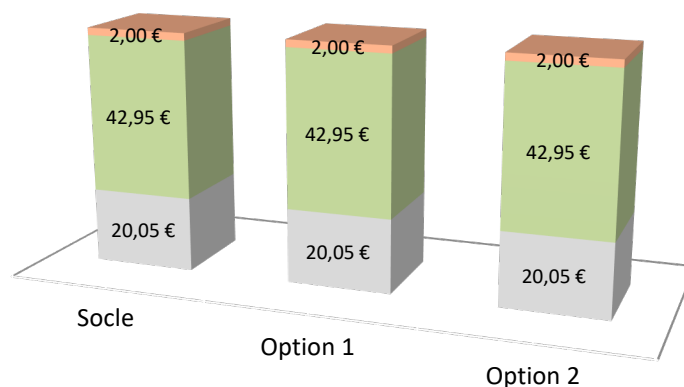


SOINS COURANTS

Types de remboursements :

- Consultations, actes médicaux chez les praticiens adhérents à l'Option Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM – OPTAM-CO),
- Médicaments remboursés à 65%, 30% et 15% par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...),
- Analyses médicales et examens de laboratoire,
- Imagerie médicale,
- Transport en ambulance VSL,
- Matériel médical.

- Exemple de remboursement santé – Consultation Médecin Spécialiste, adhérent à l'Option Pratiques Tarifaires Maîtrisées.
Consultation : coût 65€⁽¹⁾ (base de remboursement : 31,50 €)



- Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire
- Remboursement Complémentaire Santé
- Reste à charge

1 - Coût moyen observé

CHAPITRE 1 :

DÉCOUVREZ VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

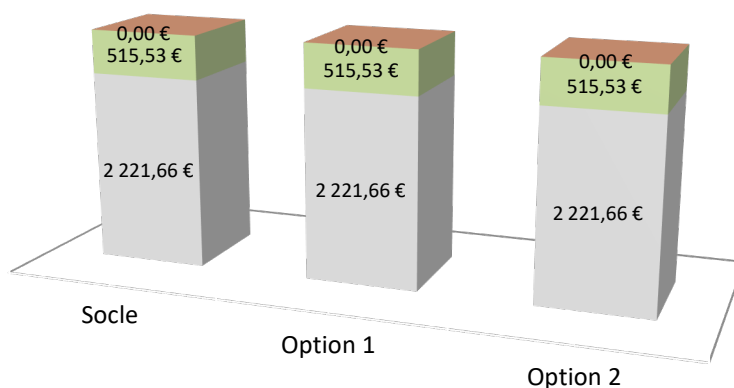


HOSPITALISATION

Types de remboursements :

- Frais de séjour,
- Honoraires et consultations,
- Franchise hospitalière,
- Forfait journalier hospitalier,
- Chambre particulière,
- Frais d'accompagnant (selon le niveau de garantie).
- Forfait patient urgence.

► Exemple de remboursement santé – Hospitalisation courte :
Appendicectomie + 2 nuits en chambre particulière. Coût 2737.19€⁽¹⁾



- Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire
- Remboursement Complémentaire Santé
- Reste à charge

1 - Coût moyen observé

BON À SAVOIR

L'hospitalisation est toujours un moment difficile pour vous et votre famille, c'est pourquoi nous mettons tout en œuvre pour vous accompagner. Découvrez notre garantie assistance en page 13.

CHAPITRE 1 : DÉCOUVREZ VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ



OPTIQUE

Types de remboursements :

- Montures,
- Verres simples,
- Verres complexes,
- Verres hypercomplexes,
- Lentilles prises en charge ou non par votre Assurance Maladie Obligatoire,
- Chirurgie réfractive (selon le niveau de garantie).

PANIER 100% SANTÉ

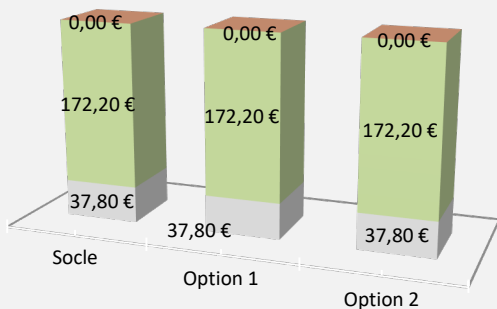
Exemple de remboursement santé : **Coût : 105 €**

Verres simples⁽¹⁾ : 75 € Monture⁽¹⁾ : 30 €



Exemple de remboursement santé : **Coût : 210 €**

Verres complexes⁽¹⁾ : 180 € Monture⁽¹⁾ : 30 €

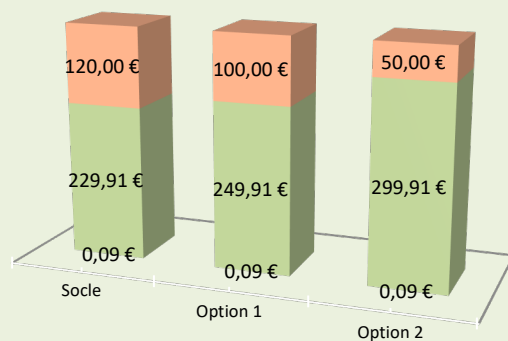


1 - Prix Limite de Vente sur les équipements du panier 100% Santé

PANIER LIBRE

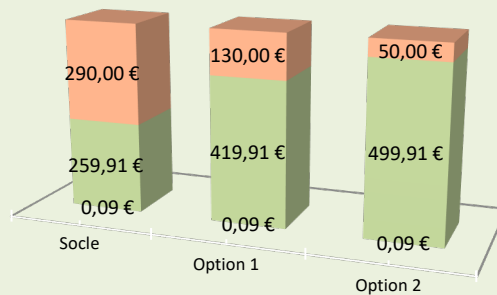
Exemple de remboursement santé : **Coût : 350 €**

Verres simples⁽²⁾ : 200 € Monture⁽²⁾ : 150 €



Exemple de remboursement santé : **Coût : 550 €**

Verres complexes⁽²⁾ : 400 € Monture⁽²⁾ : 150 €



2 - Coût moyen observé

- Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire
- Remboursement Complémentaire Santé
- Reste à charge

CHAPITRE 1 : DÉCOUVREZ VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ



DENTAIRE

Types de remboursements :

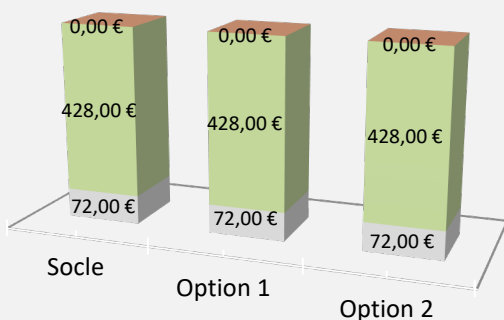
- Consultations et soins dentaires,
- Prothèses dentaires prises en charge ou non par votre Assurance Maladie Obligatoire,
- Orthodontie prise en charge ou non par votre Régime Obligatoire (selon votre niveau de garantie);
- Parodontologie non remboursée par votre régime Obligatoire (selon le niveau de garantie);
- Implantologie (selon votre niveau de garantie)

PANIER 100% SANTÉ

Couronne dentaire céramo-métallique : 500 €⁽¹⁾

Base de remboursement : 120 €

Localisation de la dent : canine

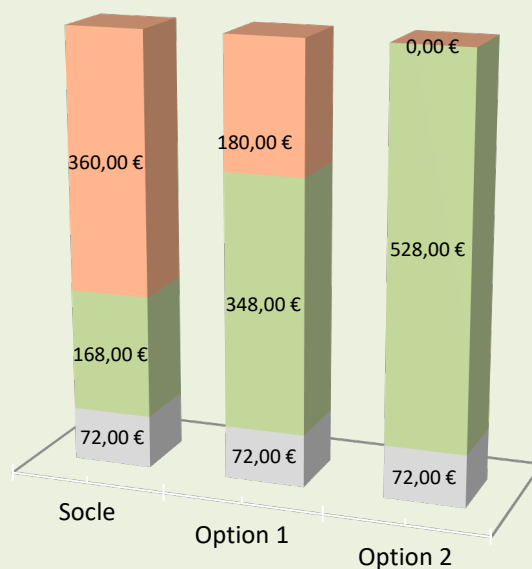


PANIER LIBRE

Couronne dentaire céramo-céramique : 600 €⁽²⁾

Base de remboursement : 120 €

Localisation de la dent : canine

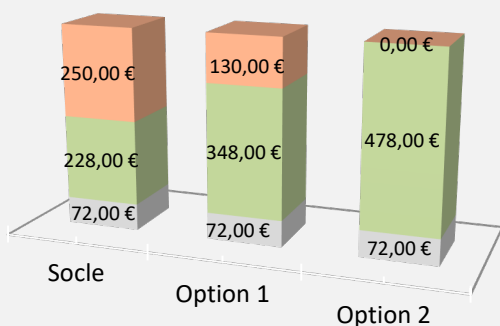


PANIER RESTE A CHARGE MAÎTRISÉ

Couronne dentaire céramo-métallique : 550 €⁽¹⁾

Base de remboursement : 120 €

Localisation de la dent : 2^{ème} prémolaire



1- Honoraires limites de facturation

2 - Coût moyen observé

- Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire
- Remboursement Complémentaire Santé
- Reste à charge

CHAPITRE 1 :

DÉCOUVREZ VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ



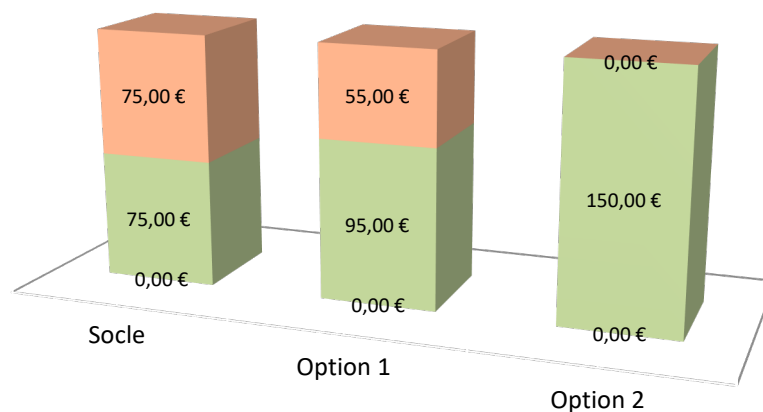
AUTRES REMBOURSEMENTS POSSIBLES

Types de remboursements :

- Aides auditives prises en charge par votre Régime Obligatoire,
- Cures thermales pris en charge par votre Régime Obligatoire (selon le niveau de garantie),
- Médecines douces : ostéopathie, acupuncture, chiropractie, étio-pathie, psychomotricité, diététique, psychologue, Micro-kinésithérapie, réflexologie, sophrologie pédicurie-podologie,
- Ostéodensitométrie non remboursée par l'AMO (selon le niveau de garantie)
- Prévention : sevrage tabagique, vaccins non remboursés par l'AMO (selon le niveau de garantie)
- ...

Exemple de remboursement santé — Séances d'ostéopathie. Coût total 150 €

Nombre de séances : 3 Coût de la séance : 50 €⁽¹⁾



- Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire
- Remboursement Complémentaire Santé
- Reste à charge

1 - Coût moyen observé

CHAPITRE 2 :

VOS REMBOURSEMENTS SANTÉ

La télétransmission NOEMIE

Qu'est-ce que la télétransmission NOEMIE ?

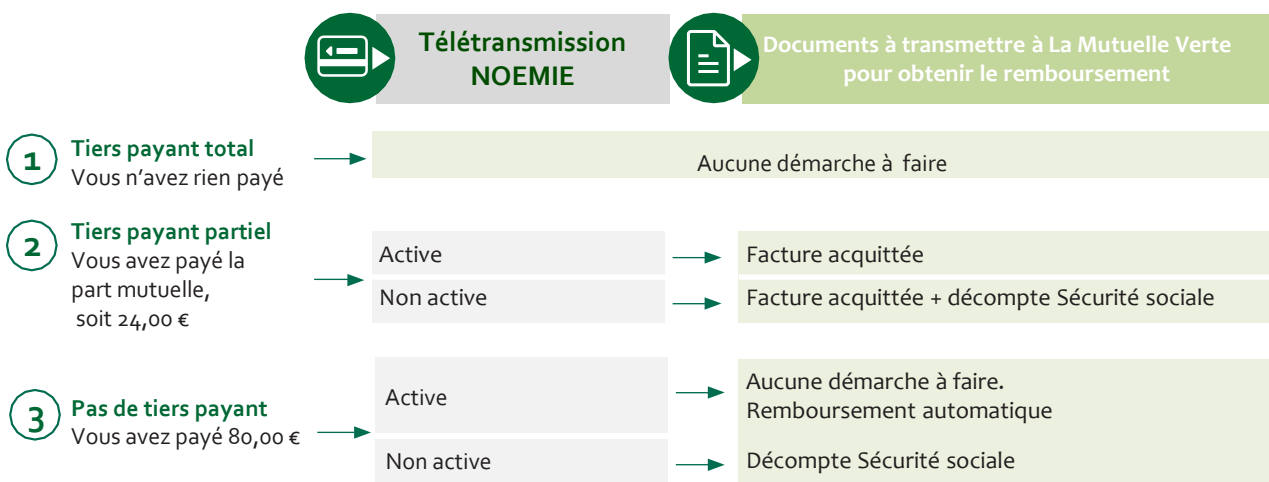
C'est un échange de flux informatiques entre l'Assurance Maladie Obligatoire et votre Complémentaire Santé. Cela nous permet de recevoir vos décomptes santé émis par la Sécurité sociale sans échange de papier.

Comment savoir si la télétransmission est active ?

Pour savoir si la télétransmission est active entre la Sécurité sociale et La Mutuelle Verte, il suffit de regarder sur l'un de vos décomptes santé de la Sécurité sociale s'il est bien mentionné « Ce décompte a été transmis à La Mutuelle Verte ». Si la télétransmission ne fonctionne pas et que vous souhaitez la mettre en place, n'hésitez pas à contacter La Mutuelle Verte.

Vos remboursements lorsque la sécurité sociale intervient

Exemple pour une radiographie de 80,00 € qui prend la Carte Vitale



Pour les consultations de généralistes /spécialistes et les actes techniques le règlement est automatique sans demande de justificatif.

BON À SAVOIR

En cas de tiers payant partiel vous devez exiger une facture du professionnel de santé et nous l'envoyer via la messagerie sécurisée de votre espace adhérent ou de votre application mobile. Vous serez remboursé sous 48h (jours ouvrés, à compter de la date de réception des justificatifs au siège de La Mutuelle Verte).

CHAPITRE 2 :

VOS REMBOURSEMENTS SANTÉ

Liste des pièces justificatives à fournir pour votre remboursement

	PIÈCES JUSTIFICATIVES		MODE D'EMPLOI	
	Avec télétransmission	Sans télétransmission	Web	Courrier
	HOSPITALISATION			
Séjours Hospitaliers	Bordereau de facturation acquitté ou Avis des sommes à payer + Quittance de règlement	Bordereau de facturation acquitté ou Avis des sommes à payer + Quittance de règlement + Décompte de la Sécurité sociale	☒	☒
	SOINS MEDICAUX COURANTS			
Consultations et Médicaments remboursés	Facture acquittée*	Décompte de la Sécurité sociale + Facture acquittée*	☒	☒
Laboratoire et imagerie	Facture acquittée*	Décompte de la Sécurité sociale + Facture acquittée*	☒	☒
Frais de transport	Facture acquittée*	Décompte de la Sécurité sociale + Facture acquittée*	☒	☒
Médicaments non remboursés	-	Ordonnance du médecin* + Facture acquittée*	☒	☒
	OPTIQUE			
Verres et monture	Facture acquittée* + Copie des prescriptions médicales (en cas de changement de correction)	Décompte de la Sécurité sociale + Facture acquittée* + Copie des prescriptions médicales (en cas de changement de correction)	☒	☒
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	Facture acquittée*	Décompte de la Sécurité sociale + Facture acquittée*	☒	☒
Lentilles de contact correctrices, non remboursées par la Sécurité sociale	-	Copie de la prescription médicale de l'ophtalmologiste de moins de 3 ans + Facture originale acquittée	☒	☒
Chirurgie réfractive	-	Facture originale acquittée	☒	☒
	DENTAIRE			
Soins dentaires	Facture acquittée*	Décompte de la Sécurité sociale + Facture acquittée*	☒	☒
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	Facture acquittée*	Décompte de la Sécurité sociale + Facture acquittée*	☒	☒
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	Facture acquittée*	Décompte de la Sécurité sociale + Facture acquittée*	☒	☒
Implants, orthodontie parodontologie et prothèses dentaires non remboursés par la Sécurité Sociale	-	Facture originale acquittée mentionnant la nature des actes pratiqués et le numéro des dents	☒	☒
	AUTRES SOINS			
Matériel médical	Facture acquittée*	Décompte de la Sécurité sociale + Facture acquittée*	☒	☒
Cures thermales	Facture acquittée de l'établissement thermal + Facture acquittée des frais de transport et d'hébergement (avec numéro du bailleur)	Facture acquittée de l'établissement thermal + Décompte de la Sécurité sociale + Facture acquittée des frais de transport et d'hébergement (avec numéro du bailleur)	☒	☒
Médecines douces	-	Facture acquittée	☒	☒

*Si tiers payant sur la part de l'Assurance Maladie Obligatoire

BON À SAVOIR

Pour les soins dont les coûts sont importants, pensez à demander des devis auprès des professionnels de santé et à les transmettre à La Mutuelle Verte via la messagerie sécurisée de votre espace adhérent ou l'application mobile afin de connaître le remboursement.

La Mutuelle Verte se réserve le droit de demander les documents originaux.

CHAPITRE 2 :

VOS REMBOURSEMENTS SANTÉ

Les dates de soins retenues pour vos remboursements

	Soins	Dates retenues pour vos remboursements
	HOSPITALISATION	
	Séjours Hospitaliers	Dates de début et de fin du séjour
	SOINS MEDICAUX COURANTS	
	Consultations et Médicaments remboursés	Date d'exécution des actes
	Laboratoire et radiologie	Date de facture
	Frais de transport	Date de facture
	Médicaments remboursés ou non	Date de facture
	OPTIQUE	
	Verres et monture	Date de facture
	Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	Date de facture
	Lentilles de contact correctrices, non remboursées par la Sécurité sociale	Date de facture
	Chirurgie réfractive	Date de facture
	DENTAIRE	
	Soins dentaires	Date d'exécution de chaque acte
	Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité sociale	Date d'exécution de chaque acte
	Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	Date figurant sur le décompte de l'Assurance Maladie obligatoire qui correspond à la date de facturation (date de fin de semestre de traitement)
	Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	Date de facturation en tenant compte de la période facturée
	Implants	Date de facturation
	AUTRES SOINS	
	Matériel médical	Date de facture
	Cures thermales	Date d'exécution des actes Et/ ou Date de facture
	Médecine douce	Date de facture

CHAPITRE 3 :

NOS SERVICES +

Mutuelle Verte Assistance

Des garanties d'assistance en cas de coups durs.

Une mise en œuvre simple à formuler par téléphone

Depuis la France : 09 69 32 35 83

Depuis l'étranger : +33 9 77 40 84 10

Hospitalisé/immobilisé

- Des garanties pour vous simplifier le quotidien :
 - une aide à domicile,
 - présence d'un proche au chevet,
 - garde d'enfant,
 - auxiliaire de puériculture,
 - soutien pédagogique à domicile,
 - garde d'animaux domestiques,
 - ...

Malade ou Blessé (au domicile)

- En l'absence de votre médecin traitant, aide à la recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical.
- Réservation d'un lit et acheminement en milieu hospitalier (si prescription médicale).
- Acheminement de médicaments au domicile de l'adhérent si l'adhérent est immobilisé et s'il s'agit, selon la prescription médicale, de médicaments indispensables au traitement immédiat.
- Transmission des messages urgents

Assistance Information

- Information Juridique et Vie Pratique
- Informations Santé
- Recherche d'établissements médicaux spécialisés

Les numéros sont mentionnés sur votre carte de Tiers Payant



78, Cours Lafayette - CS 60521
83041 TOULON Cedex 9 - Tél : 04 94 18 50 50
Mutuelle Verte Assistance :
DE FRANCE : 09 69 32 35 83
DE L'ÉTRANGER : 33 9 77 40 84 10



Adhérent : OZQLNL STEVEN
TÉLÉTRANSMISSION HORS SÉSAM-VITALE :
LA MUTUELLE VERTE
CODE TÉLÉTRANSMISSION : 83M005559
CODE NOÉAIE : 83905554

PÉRIODE DE VALIDITÉ :
DU : 01/01/2024 AU : 31/12/2024
ÉDITÉE LE : 2/11/2023
N° ADHÉRENT : 2478791
N° AMC : 309104099
TYPE CONVENTION : MJ
IDB/CLC
CSR :

Téléconsultation : 04 89 33 11 92

BÉNÉFICIAIRE(S) : NOM - PRÉNOM	QUALITÉ - DATE DE NAISSANCE - N° SÉCURITÉ SOCIALE	TRAN	RADL	PHAR	OPTI	MED	LPPR	LABO	HOSF	EXTE	DEPR	AUXM	AUDI
HEGPOP STEVEN	A 14/06/1980 18006	GSAAS01	165	160 (SC)	100 (DA)	IT (TO)	260	160	(DA)	100	IT (DA)	160	IT (DA)
HEGPOP AMANDINE	C 31/10/1980 28010	GSAAS01	165	160 (SC)	100 (DA)	IT (TO)	260	160	(DA)	100	IT (DA)	160	IT (DA)
HEGPOP TOM	E 11/01/2007 18006 / 28010	GSAAS01	165	160 (SC)	100 (DA)	IT (TO)	260	160	(DA)	100	IT (DA)	160	IT (DA)
HEGPOP YANN	E 11/11/2009 18006 / 28010	GSAAS01	165	160 (SC)	100 (DA)	IT (TO)	260	160	(DA)	100	IT (DA)	160	IT (DA)

TO: REMBT SELON LA SPECIALITE SC: 180% SI MED. ADH. OPTAM DA: SELON PRISE EN CHARGE
CES TAUX S'APPLIQUENT AUX BASES DE REMBOURSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO INCLUS)

CHAPITRE 3 :

NOS SERVICES +

La téléconsultation médicale à distance

Votre médecin traitant n'est pas disponible et vous avez besoin de consulter un médecin, un dimanche, dans la nuit ou depuis l'étranger. Le service de Téléconsultation médicale que nous vous proposons vous permet d'obtenir l'avis d'un médecin rapidement

Une mise en œuvre simple à formuler par téléphone (accessible 24h/24 et 7j/7)

Depuis la France : 04 89 33 11 99

Depuis l'étranger : +33 4 89 33 11 99



Consultations à distance accessibles :

- par téléphone
- par visioconférence depuis un ordinateur, une tablette ou un smartphone



Immédiatement ou sur rendez-vous

- accessible en illimité
- 24h/24, 7j/7



20 spécialités médicales

- des médecins généralistes,
- des spécialistes (pédiatres, orl, psychiatres ...)



Appel Sécurisé et confidentiel

L'inscription au service de téléconsultation s'effectue dans la rubrique « Téléconsultation » de votre espace personnel sur le site de La Mutuelle Verte. Il vous suffit de renseigner le code d'activation et de compléter le formulaire. Vous recevrez ensuite un lien pour installer l'application sur votre smartphone et un mot de passe pour se connecter

Le numéro est mentionné sur votre carte de Tiers Payant



78, Cours Lafayette - CS 60521
83041 TOULON Cedex 9 - Tél : 04 94 18 50 50
Mutuelle Verte Assistance :
DE FRANCE : 09 69 32 35 83
DE L'ÉTRANGER : +33 9 77 40 84 10

Adhérent : OZQLNL STEVEN
TÉLÉTRANSMISSION HORS SÉSAM-VITALE :
LA MUTUELLE VERTE
CODE TÉLÉTRANSMISSION : 83M005559
CODE NOÉMIE : 83905554

PÉRIODE DE VALIDITÉ :
DU : 01/01/2024 AU : 31/12/2024
ÉDITÉE LE : 2/11/2023
N° ADHÉRENT : 2478791
N° AMC : 309104099
TYPE CONVENTION : MJ
IDB/CLC
CSR :

Téléconsultation : 04 89 33 11 99

RÉBÉNEFICIAIRE(S) : NOM - PRÉNOM
QUANTITÉ : 1

	TRAN	RADL	PHAR	OPTI	MED	LPPR	LABO	HOSF	EXTE	DEPR	AUXM	AUDI
HEGPOP STEVEN A 14/06/1980	GSAAS01 165	160 (SC)	100	IT (DA)	(TO)	260	160	(DA)	100	IT (DA)	160	IT (DA)
HEGPOP AMANDINE C 31/10/1980	GSAAS01 165	160 (SC)	100	IT (DA)	(TO)	260	160	(DA)	100	IT (DA)	160	IT (DA)
HEGPOP TOM E 11/01/2007	GSAAS01 165	160 (SC)	100	IT (DA)	(TO)	260	160	(DA)	100	IT (DA)	160	IT (DA)
HEGPOP YANN E 11/11/2009	GSAAS01 165	160 (SC)	100	IT (DA)	(TO)	260	160	(DA)	100	IT (DA)	160	IT (DA)

TO : REMBT SELON LA SPECIALITE SC : 160% SI MED. ADH. OPTAM DA : SELON PRISE EN CHARGE
CES TAUX S'APPLIQUENT AUX BASES DE REMBOURSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO INCLUS)

CHAPITRE 3 :

NOS SERVICES +

Fonctionnement du réseau de soins ITELIS

Les professionnels de santé partenaires s'engagent à vous faire bénéficier de remises tarifaires. Ils vous assurent la traçabilité et la qualité des équipements et proposent des services additionnels gratuits en optique, audioprothèse et dentaire.



Réseau Optique, Dentaire et
Aide Auditive



Géolocalisation d'un
professionnel de santé



Equipements de qualité



Pas d'avance de frais

De nombreux avantages



UN TIERS PAYANT GARANTI



UN PRATICIEN PARTENAIRE PRÈS
DE VOTRE DOMICILE



DES TARIFS
PRÉFÉRENTIELS

LES + DU RÉSEAU OPTIQUE

- Des réductions tarifaires sur les lunettes et les lentilles
- Dispense d'avance de frais grâce au Tiers payant
- Qualité et traçabilité des verres, label « Origine France Garantie », certificat d'authenticité
- Des garanties et des services spécifiques gratuits : garantie casse de 2 ans sans franchise pour les lunettes, garantie déchirure sans franchise pour les lentilles souples traditionnelles, garantie adaptation de lunettes/lentilles, réparation et l'ajustement de vos lunettes
- **3.300 opticiens répartis sur le territoire national**
- **40 centres de chirurgie réfractive**

LES + DU RÉSEAU DENTAIRE

- Des réductions tarifaires sur les prothèses dentaires les plus fréquentes
- Dispense d'avance de frais grâce au Tiers payant
- Services exclusifs gratuits : Remplacement de l'implant en cas de rejet
- **2.800 chirurgiens-dentistes répartis sur le territoire national**
- **100 centres d'implantologie dentaire**

LES + DU RÉSEAU AUDIOLOGIE

- Des réductions tarifaires sur les aides auditives, les produits d'entretien. 0% de reste à charge sur les piles.
- Dispense d'avance de frais grâce au Tiers payant
- Qualité et traçabilité des aides auditives : accord avec 12 marques d'aides auditives parmi les plus représentatives sur le marché français pour garantir la qualité et la traçabilité des équipements vendus au sein du réseau : AUDIO SERVICE, BELTONE, BERNAFON, HANSATON, OTICON,...
- Services exclusifs gratuits : entretien de l'équipement, prêt d'une aide auditive en cas de casse d'inadaptation, garantie panne, suivi complet même en cas de déménagement
- **2.600 points de ventes pour l'audioprothèse**

LOCALISER UN PARTENAIRE DU RÉSEAU

Depuis votre espace assuré



Sur l'application
« MUTUELLE VERTE »

ou



En ligne sur :
www.mutuelleverte.com

CHAPITRE 3 : NOS SERVICES +

deuxiemeavis.fr

Deuxième avis médical :

un 2ème avis avant une décision importante

Vous pouvez obtenir l'avis d'un médecin expert avant une décision médicale importante, en moins de 7 jours et sans se déplacer

+ 500
experts de
santé

+800
maladies
couvertes

95%
Taux de
satisfaction

EN AMONT D'UNE DÉCISION MÉDICALE IMPORTANTE



Pour des maladies
graves ou **rares**



Par des
spécialistes de référence
dans la pathologie



À distance via
l'application **Mutuelle**
Verte, en moins d'une
semaine

POURQUOI UN DEUXIEME AVIS MEDICAL ?

Exemples de cas d'usage :

Dois-je me
faire opérer ?

Le
traitement
proposé est-
il nécessaire
?

Le diagnostic
fait à mon fils
est-il le bon ?

70% d'avis convergents

pour aborder plus sereinement une opération ou un traitement lourd

30% d'avis divergents

pour éviter une opération inutile ou accélérer l'accès à un traitement plus approprié

CHAPITRE 3 :

NOS SERVICES +

Une gestion dématérialisée

UN ESPACE WEB DÉDIÉ AUX ASSURÉS



Des démarches en un clic

- Visualiser ma garantie
- Accéder à la Carte de tiers payant en format dématérialisé
- Editer une carte temporaire (validité 1 mois)



Contacter mon centre de gestion :

- Ma messagerie intégrée (envoi documents possible)
- Coordonnées téléphoniques



Mes remboursements :

- Consulter mes remboursements (tiers ou réglés sur mon compte bancaire)
- Accéder à mes relevés de prestations
- Effectuer une demande de remboursement ou de prise en charge



En cours de vie du contrat :

- Modifier ma situation et celle de mes ayants droit : adresse, coordonnées bancaires...



Mes cotisations

- Consulter mes cotisations
- Régler mes cotisations par CB



Accéder à des services innovants :

- la garantie assistance en cas de coup durs
- les réseaux de soins (avantages et trouver un professionnel de santé optique, dentaire et audioprothèses)
- La consultation médicale à distance partout et à tout moment



Info plus :

- Modalités de remboursement
- Faire une réclamation
- Les coordonnées du médiateur



S'informer:

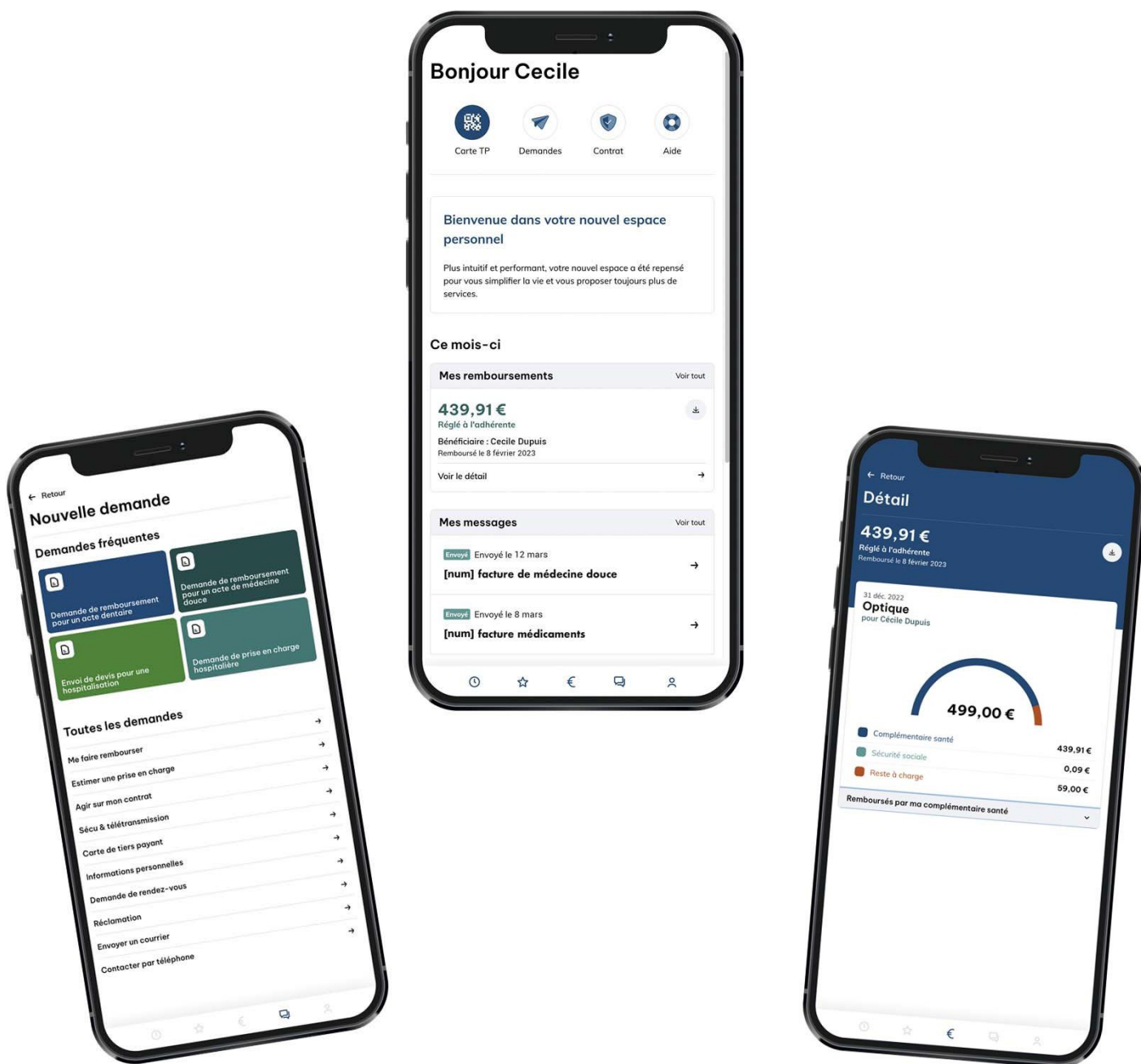
- Retrouver les dernières actualités santé et préventives

CHAPITRE 3 :

NOS SERVICES +

Une gestion dématérialisée

ASSURÉMENT MOBILE !



**ECHANGEZ RAPIDEMENT ET
EN TOUTE SÉCURITÉ AVEC NOS
CONSEILLERS**

Envoyez vos demandes :
devis, factures, prise en charge...

**SUIVEZ EN DÉTAIL
VOS REMBOURSEMENTS
DE SOINS**

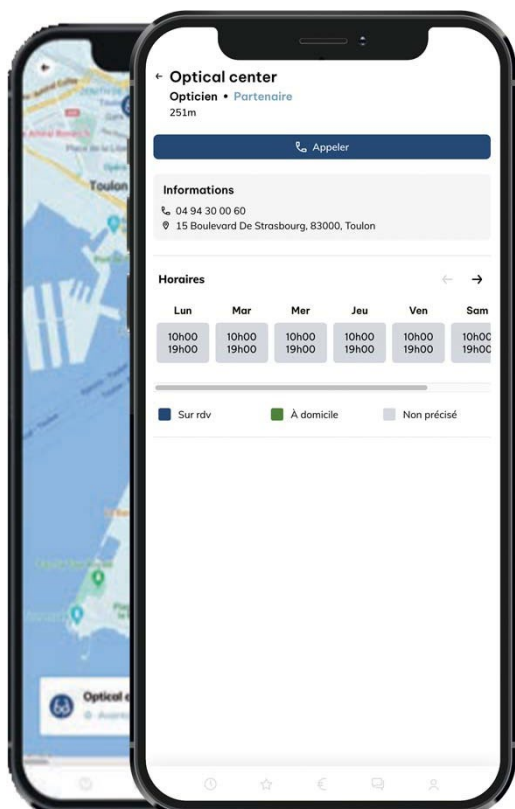
Consultez vos remboursements. Téléchargez vos
relevés
de prestations...

CHAPITRE 3 :

NOS SERVICES +

Une gestion dématérialisée

ASSURÉMENT MOBILE !

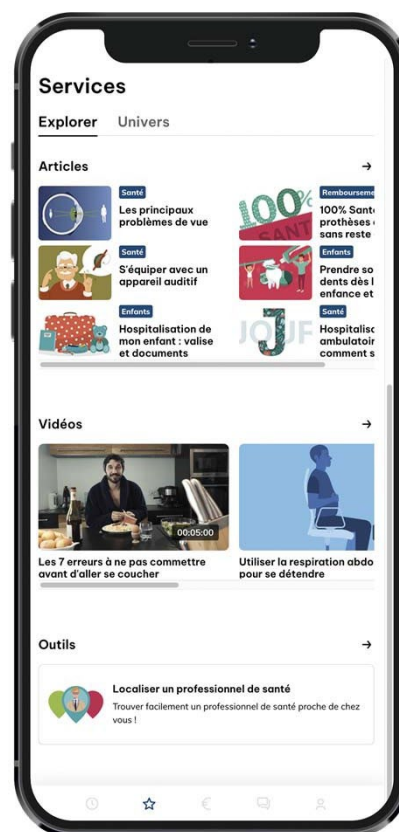


ACCÉDEZ À VOS SERVICES,

Trouvez un professionnel de santé autour de vous.
Accédez à vos services : réseau de soins, assistance...

ACCÉDEZ À VOS ACTUALITÉS ET CONSEILS SANTÉ

Consultez les dernières actualités et conseils
santé...



CHAPITRE 4 :

VOTRE CONTRAT

GARANTIES au 01/01/2026	Garanties incluant les remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire		
	Socle	Socle + Option 1	Socle + option 2
SOINS COURANTS			
Consultation, visite généraliste:			
- Méd.adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées*	100%	170%	250%
- Méd.non adhérent pratiques tarifaires maîtrisées*	100%	150%	200%
Consultation, visite spécialiste:			
- Méd.adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées*	220%	220%	300%
- Méd.non adhérent pratiques tarifaires maîtrisées*	200%	200%	200%
Actes techniques médicaux			
- Méd.adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées*	170%	170%	250%
- Méd.non adhérent pratiques tarifaires maîtrisées*	150%	150%	200%
Imagerie			
- Méd.adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées*	150%	170%	250%
- Méd.non adhérent pratiques tarifaires maîtrisées*	130%	150%	200%
Médicaments ⁽¹⁾			
- Médicaments pris en charge par l'AMO 15%	100%	100%	100%
- Médicaments pris en charge par l'AMO 30%	100%	100%	100%
- Médicaments pris en charge par l'AMO 65%	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire	100%	170%	250%
Honoraires paramédicaux	100%	170%	250%
Matériel médical :			
- Fournitures, orthopédie et autres appareillages	200%	200 % + Forfait 150 € ⁽²⁾	200 % + Forfait 200 € ⁽²⁾
Transports en ambulance,VSL remboursés par l'AMO	100%	150%	200%
OPTIQUE			
Equipement "100% santé" ⁽³⁾			
- Monture et verres ⁽⁴⁾	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
- Appairage, adaptation et autres suppléments ⁽⁴⁾	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
Equipement hors "100% santé" ⁽³⁾			
Monture	Cf. grille optique	Cf. grille optique	Cf. grille optique
Verre simple ⁽⁵⁾	Cf.grille optique	Cf.grille optique	Cf.grille optique
Verre complexe ⁽⁵⁾	Cf. grille optique	Cf. grille optique	Cf. grille optique
Verre hypercomplexe ⁽⁵⁾	Cf.grille optique	Cf.grille optique	Cf.grille optique
Lentilles remboursées ou non par l'AMO ⁽⁶⁾	100 % + Forfait 3% PMSS ⁽²⁾	100 % + Forfait 10% PMSS ⁽²⁾	100 % + Forfait 12% PMSS ⁽²⁾
Adaptation et autres suppléments remb. par l'AMO	100%	100%	100%
Chirurgie réfractive ⁽⁷⁾	Forfait 22% PMSS ⁽²⁾	Forfait 22% PMSS ⁽²⁾	Forfait 25% PMSS ⁽²⁾
DENTAIRE ⁽⁴⁾			
Soins, prothèses "100% santé"	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
Soins, prothèses hors "100% santé" ⁽⁸⁾			
- Consultations, soins dentaires remb. par l'AMO	100%	150%	150%
- Inlays,onlays remboursés par l'AMO	100%	250%	250%
Panier Libre			
- Inlays core remboursés par l'AMO	125%	250%	250%
- Dents visibles ⁽¹⁰⁾	200%	350%	500%
- Autres dents ⁽¹⁰⁾	200%	300%	350%
Panier Maîtrisé	Plafond de 900 € (11)		
- Inlays core remboursés par l'AMO	150%	250%	250%
- Dents visibles ⁽¹⁰⁾	250%	350%	500%
- Autres dents ⁽¹⁰⁾	220%	300%	350%
Autres prestations dentaires			
- Orthodontie remboursée par l'AMO	300%	350%	450%
- Orthodontie non remboursée par l'AMO	250%	300%	350%
- Prothèses dentaires non remboursées par l'AMO ⁽¹¹⁾	Forfait 7% PMSS ⁽²⁾	Forfait 28% PMSS ⁽²⁾	Forfait 46% PMSS ⁽²⁾
- Parodontologie non remboursée par l'AMO	-	Forfait 28% PMSS ⁽²⁾	Forfait 46% PMSS ⁽²⁾
- Implantologie non remboursée par l'AMO	Forfait 20% PMSS ⁽²⁾	Forfait 25% PMSS ⁽²⁾	Forfait 30% PMSS ⁽²⁾
AIDES AUDITIVES ⁽¹²⁾			
Equipement "100% santé" ⁽⁴⁾	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
Equipement hors "100% santé" max 1700 Euros/Acte ⁽⁴⁾	Forfait 20% PMSS ⁽¹³⁾	100 % + Forfait 20% PMSS ⁽¹³⁾	100 % + Forfait 45% PMSS ⁽¹³⁾
HOSPITALISATION ⁽¹⁴⁾			
Médicale,Chirurgicale,Psychiatrique & Obstétrique			
Honoraires médicaux :			
- Méd.adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées*	220%	220%	300%
- Méd.non adhérent pratiques tarifaires maîtrisées*	200%	200%	200%
Séjour établissement conventionné	200%	200%	300%
Séjour établissement non conventionné	100%	100%	100%
Chambre particulière conventionnée	2% PMSS / jour	2,5% PMSS / jour	4% PMSS / jour
Chambre particulière en ambulatoire	1% PMSS / jour	2,5% PMSS / jour	4% PMSS / jour
Frais accompagnant conventionné	1,5% PMSS/jour	1,5% PMSS/jour	3% PMSS/jour
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁵⁾	100% FR	100% FR	100% FR
Hospitalisation à l'étranger ⁽¹⁶⁾	100%	100%	100%

CHAPITRE 4 :

VOTRE CONTRAT

GARANTIES au 01/01/2026	Garanties incluant les remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire		
	Socle	Socle + Option 1	Socle + option 2
PREVENTION			
Vaccins non remboursés par l'AMO ⁽⁶⁾	-	Forfait 50 €	Forfait 75 €
Ostéopathie, acupuncture, chiropractie, étioopathie	25 € / séance	Forfait 95 € ⁽²⁾	Forfait 150 € ⁽²⁾
psychomotricité, diététique, psychologue,	3 séances max période de 12 mois		
micro-kinésithérapie, réflexologie, sophrologie, pédicure-podologue ⁽¹⁷⁾			
Ostéodensitométrie non remboursée par l'AMO ⁽⁶⁾	-	Forfait 50 € ⁽²⁾	Forfait 50 € ⁽²⁾
Sevrage tabagique ⁽⁶⁾	-	Forfait 150 € ⁽²⁾	Forfait 200 € ⁽²⁾
AUTRES PRESTATIONS			
Cure thermique ⁽¹⁸⁾	100%	100 % +Forfait 170 €	100 % +Forfait 10% PMSS
Forfait Actes Lourds (24 Euros)	100%	100%	100%
SERVICES			
Mutuelle Verte Assistance	OUI	OUI	OUI
Téléconsultation Médicale	OUI	OUI	OUI
Réseaux de Soins	OUI	OUI	OUI
Application mobile, site web	OUI	OUI	OUI

- (1) 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).
- (2) Forfait par bénéficiaire par période de 12 mois.
- (3) 1 monture+2 verres par période de 24 mois* sauf en cas de renouvellement anticipé médicalement constaté prévu à l'Art L165-1 du Code de la Sécurité Sociale pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. (La période* débute à compter de la date d'achat du dernier équipement remboursé).
- (4) Tels que définis réglementairement au décret 2019-21. Avant l'entrée en vigueur du "100% santé" prise en charge à hauteur du hors "100% santé".
- (5) Verres simples, complexes et hypercomplexes tels que définis réglementairement. Le prix des verres et monture hors 100% santé peut donner lieu à un reste à charge pour l'assuré. Le remboursement de la monture est limité à 100 Euros (AMO + AMC).
- (6) Sur prescription médicale.
- (7) Concerne la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie.
- (8) Dans le cadre du panier maîtrisé, tel que défini réglementairement, la prise en charge sera limitée aux honoraires limites de facturation fixés par la convention dentaire du 21 juin 2018 et par l'Art L162-9 du Code de la Sécurité Sociale.
- (9) Sur présentation de la facture et du schéma dentaire détaillé. Au delà du plafond remboursement à hauteur de 125% de la BR par prothèse remboursée.
- (10) Dents visibles = incisives, canines et prémolaires. Autres dents = molaires.
- (11) Sur présentation de la facture et du schéma dentaire détaillé. Au delà du plafond remboursement à hauteur de 125% de la BR par prothèse remboursée.
- (12) Le renouvellement du remboursement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 48 mois suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Dans la limite de 1700 Euros par acte (AMO compris)
- (13) Forfait par oreille. Limité à 2 oreilles par année civile et par bénéficiaire
- (14) Hors soins externes. Les soins externes font l'objet d'un remboursement suivant la nature de l'acte.
- (15) Illimité en Chirurgie et en Médecine, limité aux minima prévus par les dispositions réglementaires du contrat responsable pour les autres types d'hosp.
- (16) Prise en charge uniquement des actes ayant donné lieu à un remboursement de votre A.M.O. (Honoraires et frais de séjour).
- (17) Pour les actes effectués par des praticiens autorisés à faire usage du titre professionnel et inscrits auprès de l'autorité compétente.
- (18) Cure thermique : hors frais d'hébergement et de transport.

CHAPITRE 4 :

VOTRE CONTRAT

		Socle Obligatoire		Socle + Option 1	Socle + Option 2
Type de verre – Code de regroupement		Assuré < 16 ans	Assuré ≥ 16ans	Tous les assurés	Tous les assurés
UNIFOCAUX					
VU1	sphère de 0 à -/+2	50 €	65 €	75 €	100 €
VU1	sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4	50 €	65 €	75 €	100 €
VU1	sphère de -4 à -6 ou de +4 à +6	50 €	65 €	75 €	110 €
VU4	sphère de -6 à -8 ou de +6 à +8	75 €	80 €	100 €	120 €
VU4	sphère < -8 ou > +8	100 €	100 €	100 €	120 €
VU2	cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0	60 €	70 €	75 €	100 €
VU3	sphère > 0 et $S \leq 2$	60 €	75 €	75 €	100 €
VU2	cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25	60 €	70 €	85 €	105 €
VU3	sphère > 0 et $2 < S \leq 4$	60 €	75 €	85 €	105 €
VU2	cylindre ≤ +4 sphère de -6 à -4,25	60 €	70 €	135 €	145 €
VU6	cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -6	75 €	90 €	135 €	145 €
VU3	sphère > 0 et $4 < S \leq 6$	60 €	75 €	135 €	145 €
VU7	sphère > 0 et $6 < S \leq 8$	80 €	100 €	135 €	145 €
VU6	cylindre ≤ +4 sphère > -8	105 €	105 €	135 €	145 €
VU7	sphère > 0 et $8 < S$	105 €	105 €	135 €	145 €
VU5	cylindre > +4 sphère de -2 à 0	75 €	90 €	135 €	145 €
VU5	cylindre > +4 sphère de -4 à -2	75 €	90 €	135 €	145 €
VU5	cylindre > +4 sphère de -6 à -4,25	75 €	90 €	135 €	145 €
VU6	cylindre > +4 sphère de -8 à -6	75 €	90 €	135 €	145 €
VU6	cylindre > +4 sphère > -8	120 €	120 €	150 €	160 €
MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS					
VM1	sphère de 0 à -/+2	80 €	80 €	160 €	200 €
VM1	sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4	80 €	80 €	160 €	200 €
VM4	sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8	100 €	100 €	175 €	230 €
VM4	sphère < -8 ou > +8	130 €	130 €	175 €	230 €
VM2	cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ;	90 €	100 €	180 €	215 €
VM3	sphère > 0 et $S \leq 2$	90 €	100 €	180 €	215 €
VM2	cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25	95 €	100 €	180 €	215 €
VM3	sphère > 0 et $2 < S \leq 4$	95 €	100 €	180 €	215 €
VM2	cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25	105 €	105 €	180 €	215 €
VM3	sphère > 0 et $4 < S \leq 8$	105 €	105 €	180 €	215 €
VM6	cylindre ≤ +4 sphère > -8	145 €	145 €	200 €	255 €
VM7	sphère > 0 et $S > 8$	145 €	145 €	200 €	255 €
VM5	cylindre > +4 sphère de -2 à 0	115 €	115 €	180 €	215 €
VM5	cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25	120 €	120 €	180 €	215 €
VM5	cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25	130 €	130 €	180 €	215 €
VM6	cylindre > +4 sphère > -8	170 €	170 €	200 €	255 €
Monture		100 €	100 €	100 €	100 €

CHAPITRE 4 :

VOTRE CONTRAT

Les tarifs de votre complémentaire santé

Cotisations ⁽¹⁾	Socle (Base 1)	Socle + Option 1 (Base 2)	Socle + Option 2 (Base 3)
Cotisation mensuelle pour 2025			
Salarié	62,24 €	72,33 €	89,07 €
Conjoint	67,68 €	80,02 €	98,20 €
Enfants ⁽²⁾	30,68 €	33,72 €	43,26 €

(1) Les cotisations affichées incluent les taxes et sont hors participation employeur

(2) Gratuité à partir du 3^{ème} enfant

Définition de vos ayants droit

Le conjoint

Est considéré comme bénéficiaire :



LE CONJOINT MARIÉ



LE PARTENAIRE DE PACS



LE CONCUBIN

Les enfants

Les enfants répondant aux définitions suivantes peuvent être rattachés à votre contrat complémentaire Santé :



Sont réputés à charge du salarié, les enfants légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis par lui à son propre foyer, ainsi que ceux de son conjoint non séparé de corps judiciairement, à condition que le salarié ou son conjoint en ait la garde, ou s'il s'agit d'enfants du salarié, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.



Les enfants ainsi définis doivent être :

- Agés de moins de dix-huit ans ;
- Agés de plus de dix-huit ans et de moins de vingt-et-un an s'ils ne se livrent à aucune activité rémunérée habituelle
- Agés de plus de vingt-et-un an et de moins de vingt-six ans :
 - S'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à ce titre au Régime de Sécurité Sociale des Etudiants
 - Ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi.



Quel que soit leur âge, s'ils présentent une inaptitude au travail les mettant hors d'état de se procurer, par une activité quelconque, une rémunération supérieure au minimum de pension de vieillesse prévu à l'article L.351.10 du Code de la Sécurité Sociale, augmenté du montant de l'allocation supplémentaire du Fonds de Solidarité Vieillesse, et une incapacité permanente de 80 % au moins.

CHAPITRE 4 :

VOTRE CONTRAT

Fonctionnement des régimes optionnels

Les salariés et retraités ont la possibilité de souscrire à un régime optionnel individuel afin d'améliorer le niveau de leurs remboursements.

Le choix d'un contrat optionnel s'applique de façon obligatoire et identique à tous les membres de la famille adhérant au contrat. Dans le cas d'une radiation, quel qu'en soit le motif, elle s'applique à tous les membres de la famille adhérant au contrat. En cas de rajout de bénéficiaires sur le dossier (mariage, naissance...) ces derniers adhéreront automatiquement au contrat optionnel choisi par l'adhérent.

	DATE DE LA DEMANDE	DATE D'EFFET	MODALITÉS ET JUSTIFICATIFS
MODALITÉS D'ADHESION			
Lors de votre adhésion au Régime Obligatoire	Au moment de l'adhésion	À la date d'entrée sur contrat	Sur le portail de primo-adhésion ou sur le bulletin d'adhésion qui vous a été transmis par votre employeur
À la suite de votre adhésion au Régime Obligatoire	Dans les 3 mois qui suivent votre adhésion	Le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande	En remplissant un bulletin de modification envoyé par La Mutuelle Verte sur simple demande écrite (espace adhérent, application mobile ou courrier postal)
À la suite d'un évènement (mariage, naissance, ...)	Dans les 30 jours qui suivent l'évènement	Le jour de l'évènement (effet rétroactif)	Demande à compléter en cas de changement de situation personnelle : - Certificat de naissance - Certificat de mariage - Attestation de concubinage / PACS - Certificat de divorce ...
Au cours de la vie de votre contrat (après 3 mois d'adhésion)	Avant le 31 octobre de l'année en cours	Au 1er janvier de l'année suivante	
MODIFICATION DES GARANTIES			
Avec des garanties supérieures	Avant le 31 octobre de l'année en cours	Au 1er janvier de l'année suivante	En remplissant un bulletin de modification envoyé par La Mutuelle Verte sur simple demande écrite (espace adhérent, application mobile ou courrier postal)
Avec des garanties inférieures	Avant le 31 octobre de l'année en cours	Au 1er janvier de l'année N+2	
MODALITÉS DE RADIATION			
A la première échéance annuelle du contrat	Avant le 31 octobre de l'année en cours	Au 1er janvier de l'année suivante	Sur simple demande écrite (espace adhérent, application mobile ou courrier postal)
A l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de souscription au régime optionnel		La résiliation du contrat est effective un mois après que La Mutuelle Verte en ait reçu la notification dans les formes.	
À la suite d'un évènement (mariage, naissance, ...)	Dans les 30 jours qui suivent l'évènement	Le 1er jour du mois suivant l'évènement	
Après une radiation, l'adhérent ne pourra formuler une nouvelle demande d'adhésion qu'à l'issue d'une période d'attente de 2 années civiles entières.			

LEXIQUE

Ayant droit

Personne qui bénéficie de votre assurance maladie obligatoire / complémentaire en raison des liens qu'elle a avec vous. Elle peut, par exemple, être votre conjoint, votre enfant.

Base de remboursement

Tarif défini par convention servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de vos remboursements frais de santé. Les pourcentages définis dans le détail des garanties s'appliquent à ces tarifs.

Endodontie

L'endodontie est la partie de l'odontologie qui traite de l'intérieur de la dent. Elle consiste dans la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies de la pulpe dentaire et des infections péri-apicales (dans l'os autour des racines).

Etablissement conventionné

Etablissement agréé pour dispenser des soins aux assurés sociaux, ayant conclu une convention avec l'Assurance Maladie.

Forfait journalier hospitalier

Somme journalière à votre charge et dont le montant est fixé par arrêté. Il permet de participer aux frais de fonctionnement de l'établissement.

Valeur au 1^{er} Janvier 2026 : 20€ (15€ en psychiatrie)

Forfait Patient Urgence (FPU)

Le forfait patient urgences (FPU) est une somme forfaitaire facturée aux assurés en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation. Le montant du FPU 2022 est fixé à 19,61 euros. Certains patients bénéficient d'un forfait minoré ou d'une exonération de FPU. C'est notamment le cas des femmes bénéficiaires des prestations maternité ou des bénéficiaires de l'AME, qui n'ont pas à payer le FPU. Les patients reconnus en affection de longue durée (ALD) et ceux touchant une rente d'accident du travail ou d'une maladie professionnelle avec incapacité inférieure aux deux tiers se voient appliquer un forfait patient urgence réduit à 8,49 euros en 2023.

Franchise hospitalière

Ticket modérateur équivalent à 20% du tarif hospitalier pour les actes inférieurs à 120€. Au-delà, l'assuré participe à hauteur de 24€.

Hospitalisation

Hospitalisation chirurgicale = hospitalisation en domaine de court séjour, appelé domaine Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Odontologie (M.C.O.O.), durant laquelle un acte codifié ADC (Acte De Chirurgie) dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) a été réalisé.

Hospitalisation médicale et maternité = hospitalisation en domaine de court séjour (M.C.O.O.) autre que chirurgie.

Hospitalisation en soins de suite et de réadaptation = hospitalisation en établissements de réadaptation/rééducation fonctionnelle, convalescence, maisons de repos, cures médicales, maisons de régime faisant suite à une hospitalisation, établissements de lutte contre la tuberculose.

Hospitalisation psychiatrique = placement en Centre Hospitalier Spécialisé ou Etablissement Privé Spécialisé pour lesquels les séjours sont enregistrés en Discipline Médico-Tarifaire (D.M.T.) 230 et 236.

Hospitalisation en long séjour = placement et hébergement en structures médico-sociales - ne fait pas l'objet d'une prise en charge au titre des prestations d'hospitalisation.

Médecines douces

Médecines non remboursées par L'Assurance Maladie Obligatoire. Exemple : Ostéopathie et chiropractie

Noémisation

Norme informatique (dite Norme Ouverte d'Echanges Maladie et les Intervenants Extérieurs). NOEMIE accélère les échanges de données avec les caisses d'assurance maladie grâce à la dématérialisation et vous permet notamment d'être remboursé par les organismes assureurs sans avoir à envoyer vos décomptes papiers de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Assuré Noémisé : assuré bénéficiant de la télétransmission des décomptes avec son Assurance Maladie Obligatoire.

Implantologie dentaire

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou plusieurs racines artificielles dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles sera fixée une prothèse. L'implantologie dentaire n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (sauf en situation d'agénésies dentaires multiples chez l'adulte et l'enfant telles que définies dans la CCAM dentaire). A ce titre, les prestations par forfaits annuels prévues dans certaines garanties pour la pose d'implants ne peuvent être versées qu'une seule fois pour une même dent remplacée. Le versement du forfait implant est effectué au titre de la prise en charge de la racine implantaire et des frais chirurgicaux associés (frais de bloc opératoire, plateau chirurgical,...)

Inlays et onlays

Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une couronne. Différents matériaux peuvent être utilisés tels que métalliques, composites ou céramiques (dans ce dernier cas, le dentiste peut facturer un dépassement d'honoraires). Si la garantie ne dispose pas de poste spécifique, leur prise en charge est assurée par la ligne de poste « soins dentaires » par défaut.

Parodontologie

La parodontologie regroupe tous les soins et traitements tels que médicaments, chirurgie ou techniques laser, prodigués au parodonte, qui est l'ensemble des tissus soutenant les dents : la gencive, l'os qui entoure la dent (os alvéolaire), le ligament alvéolo-dentaire et le ciment dentaire, le tissu recouvrant la racine dentaire. Il s'agit des actes codifiés TDS par la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

LEXIQUE

Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS)

C'est la valeur de référence permettant de calculer de nombreuses prestations sociales (indemnités journalières, maladie ou maternité, pension vieillesse, pension d'invalidité). Le PMSS sert au calcul de certaines prestations forfaitaires. Cette valeur varie tous les ans. Vous pouvez la retrouver sur www.pmss.fr
Valeur au 1^{er} janvier 2026 : 4005€ (décret en attente de parution au JO).

Praticien secteur 1

Les praticiens qui exercent en secteur 1 sont conventionnés : ils se sont engagés à appliquer des tarifs officiels, fixés dans le cadre d'une convention avec l'Assurance maladie. On parle de praticiens ne pratiquant pas les dépassements d'honoraires.

Praticien secteur 2

Les praticiens qui exercent en secteur 2 fixent eux-mêmes leurs tarifs : ils sont conventionnés à honoraires libres. L'Assurance maladie rembourse le prix de la consultation sur la base du tarif du secteur 1. On parle de praticiens pratiquant les dépassements d'honoraires.

Pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-CO)

Ces dispositifs ont pour objectif d'encourager les médecins à stabiliser les dépassements d'honoraires et accroître la part des soins facturés à tarifs opposables (tarif sans dépassement d'honoraires et servant de base au remboursement de l'Assurance Maladie).

Régime d'Assurance Maladie Obligatoire

Régime de Sécurité sociale auquel vous êtes rattaché.

Réseau de soins

Dans le cadre de notre offre, le réseau de soins regroupe des professionnels de santé (ex : opticiens) respectant des engagements communs en termes de qualité et de prix.

Reste à charge

Partie de la dépense restant à votre charge après remboursement par L'Assurance Maladie Obligatoire et/ou le Régime Complémentaire.

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par L'Assurance Maladie Obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou les traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...) ou selon que vous soyez atteint d'une affection de longue durée.

Tiers Payant

Système de paiement qui vous évite de faire l'avance des frais de santé auprès des professionnels de santé. Ces derniers sont payés directement par les Assurances Maladie Obligatoire et/ou La Mutuelle Verte pour les soins ou produits qui ont été délivrés.

Verre simple

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

Verre complexe

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6,00 dioptries ;
Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

Verre hypercomplexe

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 8,00 dioptries.

VOS CONTACTS



Par courrier :

LA MUTUELLE VERTE
78, cours Lafayette CS 60521
83041 TOULON CEDEX 9



Via votre application mobile : La Mutuelle Verte (disponible sur app store et google play)

&

Votre Espace Adhérent en ligne : www.mutuelleverte.com



Par téléphone :

04 94 18 50 50

Du lundi au vendredi de 9h00 à 12h30 & 13h30 à 17h00



Janvier 2025

Contrat assuré par La Mutuelle Verte - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité et immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 309 104 099 - Siège social : 78 Cours Lafayette CS 60521, 83041 Toulon Cedex 9

Cette présentation est non contractuelle et a été réalisée par La Mutuelle Verte. Son contenu ne peut être reproduit, en totalité ou en partie, ou communiqué à des tiers sans autorisation expresse de La Mutuelle Verte.