

Tableau des prestations prévoyance

→ Garantie incapacité temporaire de travail

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'arrêt de travail suite à un accident du travail, de trajet ou à une maladie professionnelle 	Sans condition d'ancienneté.	Indemnité journalière (y compris I.J. MSA) : <ul style="list-style-type: none"> 100 % du salaire net pendant 90 jours; puis 80 % du salaire net. 	1^{er} jour d'arrêt de travail.	Tant que le régime de base intervient, et ce, dans la limite de 1 095 jours maximum.
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'arrêt de travail suite à une maladie ou à un accident de la vie privée 	Sous réserve de 12 mois d'ancienneté, continue ou non, dans l'entreprise.	Indemnité journalière (y compris I.J. MSA) : <ul style="list-style-type: none"> 100 % du salaire net pendant 90 jours; puis 80 % du salaire net. 	8^e jour d'arrêt de travail.	

→ Garantie incapacité permanente

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'incapacité permanente non professionnelle de cat. 2 ou 3 (à l'exception de la cat. 1) 	Ancienneté de 12 mois, continue ou non, dans l'entreprise. Pas de condition d'ancienneté si l'état d'invalidité fait suite à une incapacité temporaire de travail indemnisée.	Indemnisation globale égale à 80 % du salaire net (pension du régime de base + pension complémentaire).	Date de reconnaissance par la MSA de l'état d'invalidité de cat. 2 ou 3 (à l'exception de la cat. 1).	Tant que le régime de base intervient, et ce jusqu'au décès du salarié ou jusqu'à la liquidation de la pension vieillesse (y compris lorsque la pension est versée en complément d'une rente accident du travail).
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'incapacité permanente professionnelle pour un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 % 		Indemnisation globale égale à 80 % du salaire net (rente du régime de base + pension complémentaire).	Date de reconnaissance par la MSA d'une rente attribuée au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pour un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 %.	

→ Garantie décès

Événement	Conditions requises	Prestation versée	À compter du	Cessation de la prestation
<ul style="list-style-type: none"> En cas de décès du salarié 	Aucune ancienneté.	Capital de base égal à 120 % du salaire annuel brut. Majoration enfant à charge de 25 % du salaire annuel brut par enfant à charge. Rente éducation* annuelle : <ul style="list-style-type: none"> 50 points par enfant âgé de 0 à 10 ans; 75 points par enfant âgé de 11 à 17 ans; 100 points par enfant âgé de 18 à 26 ans s'il poursuit des études ou quel que soit son âge s'il est reconnu invalide avant 21 ans. 	Dès réception de toutes les pièces justificatives. Si enfant(s) à charge au jour du décès du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives).	Prestation à versement unique.
	Ancienneté de 12 mois, continus ou non, dans l'entreprise au jour du décès du salarié.		Si enfant(s) à charge au jour du décès du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives), et en fonction de l'âge de l'enfant.	Lorsque l'enfant ne remplit plus les conditions.
<ul style="list-style-type: none"> En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié 	Aucune ancienneté.	Versement anticipé du capital de base (en une seule fois).	En cas d'invalidité absolue et définitive du salarié (dès réception de toutes les pièces justificatives).	
En cas de décès : <ul style="list-style-type: none"> du salarié; du conjoint non séparé de corps ou du cocontractant de PACS; du concubin justifiant d'au moins 2 ans de vie commune. Cette condition n'est pas exigée lorsqu'un enfant est né de l'union (ou adopté); d'un enfant à charge. 	Que la personne ait réglé elle-même les frais d'obsèques, et ait déposé la demande dans les 6 mois qui suivent le décès.	Indemnité frais d'obsèques égale au montant des frais réellement engagés et limitée à 100 % du PMSS au moment du décès.	Dès réception de toutes les pièces justificatives.	Prestation à versement unique.

Tableau des prestations santé hors Alsace-Moselle

Les garanties de ce régime s'appliquent pour la France métropolitaine et les départements d'outre-mer. Le total des remboursements ne pourra dépasser le montant des frais réellement engagés. Tous les actes bénéficiant d'un remboursement du régime de base font l'objet d'un remboursement complémentaire au minimum au ticket modérateur (sauf les cures thermales). Pour l'optique, le ticket modérateur des garanties est limité à une prise en charge tous les 2 ans. Toutes les garanties en euros s'entendent par an et par bénéficiaire (sauf pour les équipements optiques). **Les garanties sont acquises sans condition d'ancienneté.**

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires
Frais médicaux		
● Honoraires praticiens (généralistes, spécialistes hors ophtalmologues, chirurgiens-dentistes, sages-femmes)	70 % BR	30 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	100 % BR
● Auxiliaires médicaux	60 % BR	40 % BR
● Analyses, examens de laboratoire	60 % à 100 % BR	40 % à 0 % BR
● Radiographie	70 % BR	30 % BR
● Actes de prévention ⁽²⁾	35 % à 70 % BR	de 30 % à 65 % BR
● Honoraires de médecine douce reconnus par le ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie)	–	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
Pharmacie		
● Pharmacie remboursable	15 % à 65 % BR	35 % à 85 % BR
Optique		
● Consultation ophtalmologue	70 % BR	30 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	100 % BR
Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans*		
● Monture adulte et enfant	60 % BR	120 €
● Verres adultes (par verre ou lentille)		
- BR = 2,29 €	60 % BR	80 €
- BR = 3,66 €	60 % BR	88 €
- BR = 7,32 €	60 % BR	112 €
- Autres BR	60 % BR	128 €
● Verres enfants (par verre ou lentille)		
- BR = 12,04 €	60 % BR	80 €
- BR ≥ 14,94 €	60 % BR	88 €
● Lentilles non remboursées par le régime de base	–	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire
● Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	–	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire
Dentaire		
● Soins dentaires remboursés par le régime de base Conventionné	70 % BR	100 % BR
Non conventionné	70 % BR	100 % BR
● Prothèses dentaires remboursées par le régime de base, y compris couronne implant-portée (sauf inlays core)	70 % BR	250 % BR
● Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (sauf inlays core)	–	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
● Parodontologie non remboursée par le régime de base	–	Crédit de 100 €/ an/ bénéficiaire
● Orthodontie prise en charge par le régime de base	100 % BR	230 % BR
● Orthodontie non prise en charge par le régime de base	–	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire
● Inlay core	70 % BR	180 % BR
Appareillage		
● Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100 % FR
● Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives	60 % BR	240 % BR
● Prothèses auditives prises en charge par le régime de base	60 % BR	390 % BR + crédit de 500 €/oreille /bénéficiaire tous les 3 ans
Hospitalisation		
● Frais de soins et de séjour	80 % BR	20 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	100 % BR
● Chambre particulière (y compris ambulatoire)	–	50 €/jour
● Frais d'accompagnant	–	25 €/jour
● Forfait journalier hospitalier	–	100 % du forfait
Maternité		
● Frais de soins et de séjour	100 % BR	–
● Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	100 % BR
● Prime de naissance : maternité ou adoption ⁽¹⁾	–	192 € par enfant (288 € à partir du 3 ^e)
● Forfait journalier hospitalier	–	100 % du forfait
Psychiatrie		
● Frais de soins et de séjour	80 % BR	20 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	100 % BR
● Forfait journalier hospitalier	–	100 % du forfait
Divers		
● Transport pris en charge par le régime de base	65 % BR	35 % BR
● Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base	–	Crédit 40 €/an/bénéficiaire
● Forfait actes lourds ⁽³⁾	–	100 % du forfait
● Assistance	–	OUI – Mutuaide Assistance
● Réseau de soins	–	OUI – Carte Blanche – réseau Optique

* La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.

(1) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatif. (2) Actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 18 novembre 2014 fixant la liste des prestations de prévention. L'ensemble des actes de prévention est pris en charge au titre du contrat. (3) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €. (4) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (CAS ou OPTAM/OPTAM-Co).

Tableau des prestations santé Alsace-Moselle

Les garanties de ce régime s'appliquent pour la France métropolitaine et les départements d'outre-mer. Le total des remboursements ne pourra dépasser le montant des frais réellement engagés. Tous les actes bénéficiant d'un remboursement du régime de base font l'objet d'un remboursement complémentaire au minimum au ticket modérateur (sauf les cures thermales). Pour l'optique, le ticket modérateur des garanties est limité à une prise en charge tous les 2 ans. Toutes les garanties en euros s'entendent par an et par bénéficiaire (sauf pour les équipements optiques). **Les garanties sont acquises sans condition d'ancienneté.**

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires
Frais médicaux		
● Honoraires praticiens (généralistes, spécialistes hors ophtalmologues, chirurgiens-dentistes, sages-femmes)	90 % BR	10 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	100 % BR
● Auxiliaires médicaux	90 % BR	10 % BR
● Analyses, examens de laboratoire	90 % à 100 % BR	10 % à 0 % BR
● Radiographie	90 % BR	10 % BR
● Actes de prévention ⁽²⁾	35 % à 70 % BR	de 30 % à 65 % BR
● Honoraires de médecine douce reconnus par le ministère de la Santé (chiropraxie, ostéopathie)	–	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
Pharmacie		
● Pharmacie remboursable	80 % à 100 % BR	0 % à 20 % BR
Optique		
● Consultation ophtalmologue	90 % BR	10 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	100 % BR
Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans*		
● Monture adulte et enfant	90 % BR	112 €
● Verres adultes (par verre ou lentille)		
- BR = 2,29 €	90 % BR	80 €
- BR = 3,66 €	90 % BR	88 €
- BR = 7,32 €	90 % BR	112 €
- Autres BR	90 % BR	128 €
● Verres enfants (par verre ou lentille)		
- BR = 12,04 €	90 % BR	80 €
- BR ≥ 14,94 €	90 % BR	88 €
● Lentilles non remboursées par le régime de base	–	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire
● Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	–	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire
Dentaire		
● Soins dentaires remboursés par le régime de base Conventionné	90 % BR	80 % BR
Non conventionné	90 % BR	80 % BR
● Prothèses dentaires remboursées par le régime de base, y compris couronne implanto-portée (sauf inlays core)	90 % BR	230 % BR
● Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (sauf inlays core)	–	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
● Parodontologie non remboursée par le régime de base	–	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire
● Orthodontie prise en charge par le régime de base	100 % BR	230 % BR
● Orthodontie non prise en charge par le régime de base	–	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire
● Inlay core	90 % BR	160 % BR
Appareillage		
● Fournitures médicales, pansements	90 % BR	100 % FR
● Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses sauf prothèses auditives	90 % BR	210 % BR
● Prothèses auditives prises en charge par le régime de base	90 % BR	360 % BR + crédit 500 €/oreille/bénéficiaire tous les 3 ans
Hospitalisation		
● Frais de soins et de séjour	100 % BR	–
● Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	100 % BR
● Chambre particulière (y compris ambulatoire)	–	50 €/jour
● Frais d'accompagnant	–	25 €/jour
● Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	–
Maternité		
● Frais de soins et de séjour	100 % BR	–
● Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	100 % BR
● Prime de naissance : maternité ou adoption ⁽¹⁾	–	192 € par enfant (288 € à partir du 3 ^e)
● Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	–
Psychiatrie		
● Frais de soins et de séjour	100 % BR	–
● Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	220 % BR
● Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽⁴⁾	–	100 % BR
● Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	–
Divers		
● Transport pris en charge par le régime de base	100 % BR	–
● Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base	–	Crédit 40 €/an/bénéficiaire
● Forfait actes lourds ⁽³⁾	–	100 % du forfait
● Assistance	–	OUI – Mutuaide Assistance
● Réseau de soins	–	OUI – Carte Blanche – réseau Optique

* La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et les personnes dont la vue évolue.

(1) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatif. (2) Actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 18 novembre 2014 fixant la liste des prestations de prévention. L'ensemble des actes de prévention est pris en charge au titre du contrat. (3) Forfait acte lourd : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €. (4) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (CAS ou OPTAM/OPTAM-Co).

Prestations d'assistance (par bénéficiaire et par an)

Informations et services santé	
<ul style="list-style-type: none"> ● Informations pratiques et juridiques ● Informations par téléphone pour les adresses des professionnels de santé proches du domicile ● Recherche et envoi d'un professionnel de santé ● Réservation d'un lit en milieu hospitalier ● Mise en relation avec un médecin ● Soutien psychologique en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile 	Inclus
	Inclus
	Inclus
	Inclus
	Inclus
	6 entretiens par événement
Assistance de l'enfant malade (durée minimale de l'immobilisation 3 jours)	
<ul style="list-style-type: none"> ● Garde d'enfant malade ou venue d'un proche 	Frais de garde 30 heures ou frais de transport 2 fois par an par enfant
Assistance en cas d'hospitalisation (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours)	
<ul style="list-style-type: none"> ● Accompagnement administratif et social ● Enfants mineurs de moins de 16 ans : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche 	Inclus
	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
Assistance au retour d'hospitalisation ou en cas d'immobilisation au domicile (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours ou de l'immobilisation 10 jours)	
<ul style="list-style-type: none"> ● Organisation et prise en charge de la venue d'un proche ● Aide-ménagère ● Recherche et livraison de repas* ● Recherche et livraison de médicaments* 	Frais de transport 2 fois par an 10 heures réparties sur 30 jours 2 fois par an 1 livraison par jour pendant 15 jours 2 fois par an 6 livraisons par an
Assistance en cas de déplacement en France ou à l'étranger	
<ul style="list-style-type: none"> ● Avance de frais médicaux (à l'étranger) ● Rapatriement médical (à plus de 100 km du domicile) 	7 500 € par événement Frais de rapatriement par événement

* Garanties non cumulables avec l'aide-ménagère.

Pour bénéficier des services de l'assistance, le salarié devra, au moment de l'événement, contacter MUTUAIDE ASSISTANCE au 01 55 98 57 99.
Services disponibles 7 jours sur 7 – 24 heures sur 24 depuis la France et l'étranger.