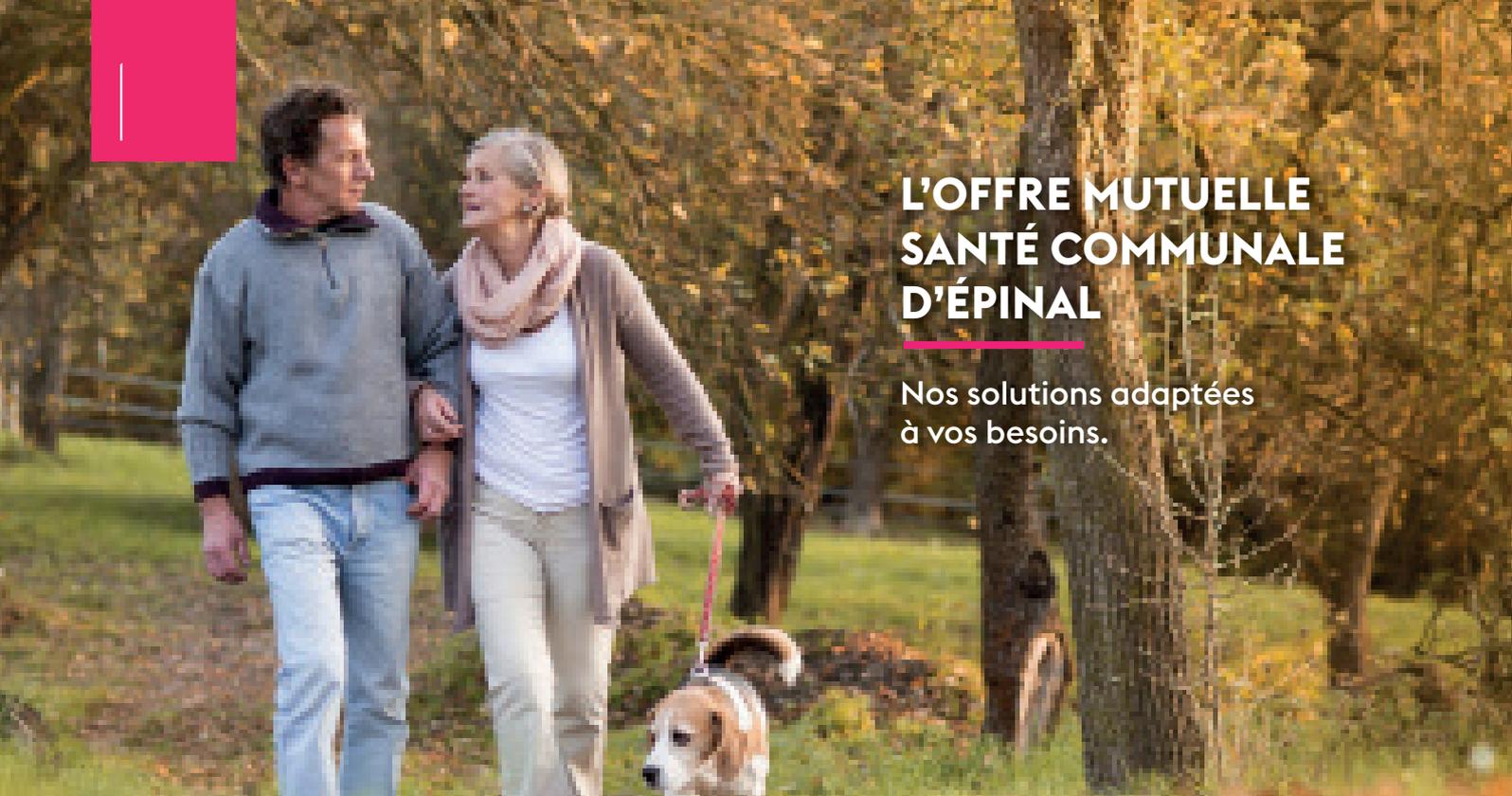




MUTUELLE SANTÉ COMMUNALE D'ÉPINAL

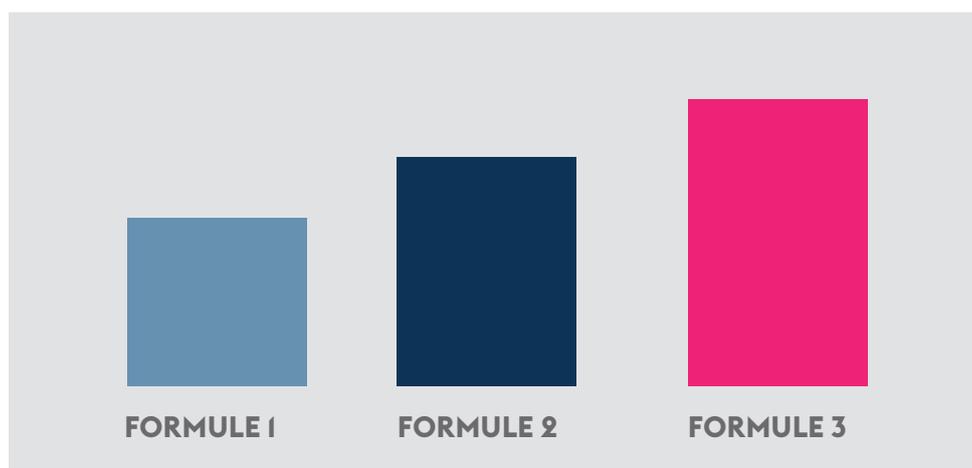




L'OFFRE MUTUELLE SANTÉ COMMUNALE D'ÉPINAL

Nos solutions adaptées
à vos besoins.

VOS NIVEAUX DE GARANTIE



Notre **Offre Santé Mutuelle** propose plusieurs niveaux de protection : une offre couvrant l'essentiel avec un minimum de garanties jusqu'à une formule plus complète.

Adaptez votre couverture santé en fonction de vos besoins !

QU'EST-CE QUE LE 100% SANTÉ ?

Ce dispositif permet un remboursement **sans reste à charge** d'équipements **optiques, dentaires** et d'**aides auditives**, prévu dans un **panier de soins 100% Santé**.
Nous vous proposons des garanties conformes à ce dispositif.



VOS GARANTIES

Tous les pourcentages de vos garanties sont exprimés sur la base de remboursement du **Régime Obligatoire**.

La participation de la **Mutuelle Victor Hugo** est égale au montant ainsi calculé, y compris le montant remboursé par le **Régime Obligatoire** sauf indication contraire, et dans tous les cas dans la limite des frais réels.

BIEN COMPRENDRE SES GARANTIES

SMR : Service Médical Rendu	RO : Régime Obligatoire
PLV : Prix Limite de Vente	BR : Base de Remboursement
HLF : Honoraires Limites de Facturation	FR : Frais réels
PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale	TM : Ticket modérateur
	OPTAM / OPTAM-CO : Option Tarifaire Maîtrisée



	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE			
Honoraires OPTAM	100% BR	195% BR	220% BR
Honoraires NON OPTAM	100% BR	175% BR	200% BR
Frais de séjour	100% BR	200% BR	300% BR
Forfait patient urgences	FR	FR	FR
Chambre particulière	/	60 € / jour	75 € / jour
Accompagnement enfant moins de 16 ans	/	25 € / jour	30 € / jour
Forfait journalier	FR	FR	FR
Transport	100% BR	100% BR	100% BR

	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3
SOINS COURANTS Honoraires médicaux			
Généraliste OPTAM	100% BR	100% BR	100% BR
Généraliste NON OPTAM	100% BR	100% BR	100% BR
Spécialiste OPTAM	100% BR	195% BR	220% BR
Spécialiste NON OPTAM	100% BR	175% BR	200% BR
Actes techniques médicaux OPTAM	100% BR	175% BR	200% BR
Actes techniques médicaux NON OPTAM	100% BR	155% BR	180% BR

Radiologie, Imagerie, Echographie			
Radiologie, imagerie, échographie OPTAM	100% BR	195% BR	220% BR
Radiologie, imagerie, échographie NON OPTAM	100% BR	175% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux	100% BR	135% BR	175% BR
Analyses et examens de laboratoire			
Biologie	100% BR	115% BR	125% BR
Médicaments			
Pharmacie remboursée à 65%	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 30%	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 15%	100% BR	100% BR	100% BR
Matériel médical			
Appareillage pris en charge par le RO	100% BR	250% BR	350% BR
Divers			
Transport	100% BR	100% BR	100% BR
Dispositif MonPsy	100% BR 8 séances / an	100% BR 8 séances / an	100% BR 8 séances / an
Consultation psychologue	60 € / consultation 4 consultations / an	60 € / consultation 4 consultations / an	60 € / consultation 4 consultations / an
Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie, Diététicien, Homéopathie, Pédicure, Podologie, psychologue	/	30 € x 4 / an	40 € x 4 / an

FORMULE 1

FORMULE 2

FORMULE 3

DENTAIRE

Soins et Prothèses 100% Santé

Panier 100% Santé	HLF	HLF	HLF
Le Panier 100% Santé : Honoraires Limites de Facturations fixés par la Convention Nationale du 21 juin 2018 et l'Arrêté du 24 mai 2019, en fonction de la localisation de la dent et du matériau utilisé.			
Soins			
Soins dentaires	100% BR	150% BR	200% BR
Prothèses			
Prothèses remboursées par le RO Panier maîtrisé	125% BR	370% BR	470% BR
Prothèses remboursées par le RO Panier libre	125% BR	370% BR	470% BR
Inlay-Core	100% BR	150% BR	150% BR



Divers			
Orthodontie remboursée par le RO	125% BR	300% BR	350% BR
Implantologie	/	500 € / an	800 € / an
Parodontologie	/	500 € / an	800 € / an
	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3

OPTIQUE Équipement 100% Santé			
Équipement (monture et verre) 100% Santé Classe A	PLV	PLV	PLV

Classe B : Prise en charge limitée à un équipement (monture + 2 verres) par période de 2 années, période réduite pour les personnes de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (conditions précisées à l'annexe 4 de l'instruction n° DSS/2019/116 du 29 mai 2019).

Équipements Classe B (verres + monture) (forfait en complément du RRO)			
Monture - Adulte	/	90 €	100 €
Verre simple - Adulte	/	95 €	110 €
Verre complexe - Adulte	/	185 €	200 €
Verre très complexe - Adulte	/	235 €	240 €
Monture - Enfant	/	70 €	80 €
Verre simple - Enfant	/	90 €	100 €
Verre complexe - Enfant	/	180 €	190 €
Verre très complexe - Enfant	/	220 €	230 €
Équipement 2 verres simples	100 €	/	/
Équipement 1 verre simple + 1 verre complexe/très complexe	150 €	/	/
Équipement 2 verres complexe/très complexe	200 €	/	/

Divers			
Lentilles remboursées	100% BR	100% BR + 150 €	100% BR + 200 €
Lentilles non remboursées			
Chirurgie correctrice	-	400 €	500 €
	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3

AIDES AUDITIVES Équipement 100% Santé			
Prothèse auditive Classe I	PLV	PLV	PLV

Classe I : Prix limites de vente fixés par l'Avis relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale (JORF n° 0275 du 28 novembre 2018).



Equipements Classe II			
Prothèses auditives bénéficiaire de 20 ans et moins	100% BR	100% BR + 150 €	100% BR + 300 €
Prothèses auditives bénéficiaire de plus de 20 ans	100% BR	150% BR + 200 €	300% BR + 400 €
Divers			
Piles et accessoires remboursés par le RO	100% BR	100% BR	100% BR

	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3
Cure Thermale			
Honoraires de surveillance	-	100% BR	100% BR
Frais d'établissement	-	100% BR	100% BR
Forfait hébergement	-	100% BR	100% BR
Frais de transport	-	100% BR	100% BR
Forfait	-	100 € / an	100 € / an
Maternité			
Chambre particulière (limité à 30 jours)	-	60 € / jour	75 € / jour
Indemnité obsèques			
Montant indemnité obsèques	-	-	20% du PMSS
Services			
MÉDAVIZ Téléconsultation	INCLUS	INCLUS	INCLUS
MA MUTUELLE ASSISTANCE	INCLUS	INCLUS	INCLUS
RÉSEAU DE SOINS CARTE BLANCHE	INCLUS	INCLUS	INCLUS
FONDS SOCIAL	INCLUS	INCLUS	INCLUS

VOS COTISATIONS MENSUELLES

RÉGIME GÉNÉRAL	Adulte (18 - 34 ans)	Adulte (35 - 62 ans)	Adulte (+ 62 ans)	Enfant* (enfant à charge de -18 ans (ou - 25 ans s'il poursuit des études)
	€/ mensuel			
Formule 1 : Panier de soins	31,40 €	45 €	71,99 €	17,27 €
Formule 2 : Garantie renforcée	58,94 €	84,55 €	135,28 €	32,41 €
Formule 3 : Garantie confort	64,16 €	92,03 €	147,26 €	35,28 €

*cotisation gratuite à compter du 3ème enfant

INFORMATIONS :

Ratio Prestations / Cotisations : 85.66% - Ratio Frais de gestion / Cotisations : 15.17%

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

VOS CONTACTS UTILES

POUR TOUTE DEMANDE

LE SERVICE TIERS-PAYANT

Pour toute demande relative à vos prestations santé.

LE SERVICE COTISATIONS

Pour toute demande relative à votre contrat et à vos cotisations.

Tél : 03.29.69.21.21

Courriel : contact@groupevictorhugo.com

Tél : 03.29.69.21.24

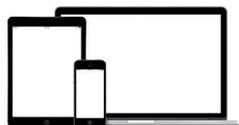
Courriel : tiers-payant@groupevictorhugo.com

Tél : 03.29.69.21.22

Courriel : cotisations@groupevictorhugo.com



ALBI	gvh.albi@groupevictorhugo.com
BLOIS	gvh.blois@groupevictorhugo.com
BORDEAUX	gvh.bordeaux@groupevictorhugo.com
DIJON	gvh.dijon@groupevictorhugo.com
EPINAL	gvh.epinal@groupevictorhugo.com
LILLE	gvh.lille@groupevictorhugo.com
NANCY	gvh.nancy@groupevictorhugo.com
REIMS	gvh.reims@groupevictorhugo.com
RENNES	gvh.rennes@groupevictorhugo.com
ROUEN	gvh.rouen@groupevictorhugo.com
VALENCE	gvh.valence@groupevictorhugo.com



www.groupevictorhugo.com

in Groupe Victor Hugo - Mutuelle et Prévoyance

f Groupe Victor Hugo

☎ 03.29.69.21.21