



CS 80012
75128 PARIS CEDEX 11
mutuelle-valeo.fr

GARANTIES COLLECTIVES COMPLÉMENTAIRE SANTÉ



GROUPE VALEO FRANCE *Notice régime harmonisé*



Mutuelle Valeo, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité,
immatriculée sous le numéro SIREN 784 718 397, située au 4, rue Georges Picquart 75017 Paris

Janvier 2026

INTRODUCTION

Votre complémentaire santé

Le Groupe Valeo et les Organisations syndicales représentatives au niveau de la France ont signé un accord collectif de Groupe le 24 octobre 2013 pour mettre en œuvre un régime unique applicable depuis le 1er janvier 2014 à l'ensemble des salariés du Groupe Valeo en France.

Depuis, plusieurs avenants ont été signés pour se mettre en conformité réglementaire, conventionnelle et également pour assurer l'équilibre technique du contrat.

Les garanties présentées dans ces pages s'adressent aux salariés du Groupe Valeo et à ceux de toutes ses filiales françaises.

Elles peuvent également être étendues, de façon facultative, aux ayants droit de la famille du salarié ainsi qu'aux salariés du dispositif Loi Evin. ⁽¹⁾

Les prestations sont présentées en annexe et comprennent deux principaux niveaux de garanties collectives, donnant lieu à la souscription d'un contrat d'assurance collective entre l'entreprise et la Mutuelle d'entreprise Valeo :

- Un dispositif base obligatoire + 2 options facultatives, éligible à la réglementation du contrat responsable :
 - Un régime de base « isolé » à adhésion obligatoire, dont une partie du financement est couvert par l'entreprise. Ce régime de base est ouvert à la famille à titre facultatif.
 - Deux régimes optionnels facultatifs (option 1 et option 2), ouverts au salarié et à sa famille. La cotisation supplémentaire est à la charge du salarié.
- Un régime collectif facultatif de « sur-complémentaire », additionnel à l'option 2, non éligible à la réglementation du contrat responsable, ouvert au salarié et à sa famille.

Selon vos besoins ou vos choix personnels, vous pouvez opter pour le niveau de couverture santé le mieux adapté à votre situation.

Cette notice d'information résume les prestations garanties et vous guide dans vos démarches liées aux modalités de fonctionnement du contrat souscrit auprès de la Mutuelle Valeo.

(1) voir « bénéficiaires du régime » au chapitre 3

La Mutuelle Valeo

Depuis 1949 au service des salariés et des retraités du Groupe Valeo en France

La Mutuelle Valeo accompagnée de son partenaire Klesia, met tout en œuvre pour continuer, année après année à remplir l'objectif qu'elle s'est fixé : assurer le meilleur rapport cotisations / prestations proposé aux salariés et aux retraités de Valeo, tout en veillant à la pérennité de la Mutuelle par une gestion saine et équilibrée.

Quoi de mieux en effet qu'une Mutuelle d'entreprise dont les décisions sont prises par, et pour, les salariés et les retraités.

Vous pouvez compter sur l'engagement des administrateurs de la Mutuelle Valeo : qu'ils soient récents dans leur fonction ou impliqués de longue date, ils sont à votre écoute.

La Présidente
Pascale Orjubin

SOMMAIRE

✓ Les couvertures complémentaires santé Valeo	p.4
✓ Les formalités d'adhésion	p.5-6
✓ Les bénéficiaires du régime frais de santé	p.7
✓ Modification de votre situation administrative	p.7
✓ Dispositions pour les anciens salariés	p.8
✓ Comment se faire rembourser	p.9
✓ Tiers-payant	p.14
✓ Réseau de santé Itelis	p.15
✓ Avantages complémentaires	p.16
✓ La Mutuelle vous renseigne	p.16
✓ Recours	p.17
✓ Lexique	p.19

CHAPITRE 1

LES COUVERTURES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ VALEO

Se déclinant sous trois niveaux de couverture au choix, assortis d'une sur-complémentaire, **seule la garantie de base est obligatoire pour le salarié** et bénéficie d'une participation de l'employeur. Selon vos besoins et vos choix personnels, vous pourrez opter pour le niveau de couverture le mieux adapté à votre situation.

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité s'ils le souhaitent de couvrir, à titre facultatif, leurs ayants droit (conjoint, concubin et/ou enfants - voir chapitre 3).

Les cotisations supplémentaires servant au financement des couvertures complémentaires et sur-complémentaire optionnelles sont à la charge exclusive du salarié.

Les prestations garanties sont présentées en annexe.

Période de carence : néant. Couverture immédiate dès l'adhésion.

Bien choisir son niveau de couverture

Régime obligatoire de base : contrat 100

Ce régime propose une couverture complète pour tous les risques et intègre les petits dépassements d'honoraires en médecine de ville ou en hospitalisation.

La cotisation patronale repose sur cette seule garantie. La cotisation du salarié, sur ce régime de base, est quant à elle déductible de son revenu imposable.

Option facultative n°1 : contrat 200

Couverture améliorée, l'option n° 1 propose une couverture intermédiaire. Les garanties couvrent de façon plus importante les dépassements d'honoraires en cas d'hospitalisation et assurent des remboursements plus élevés en optique et en dentaire.

Option facultative n°2 : contrat 300

Couverture haut de gamme, l'option n° 2 vous assure les remboursements les plus élevés sur tous les postes.

Le choix de l'une des options supplémentaires facultatives devra concerner l'ensemble des membres d'une famille affiliés au régime de base et non uniquement une seule partie des bénéficiaires.

Sur-complémentaire facultative, additionnelle à l'option 2 : contrat 400

Cette couverture de niveau « sur-complémentaire », additionnelle à l'option 2, permet de vous assurer des remboursements supplémentaires couvrant davantage les dépassements d'honoraires qui sont plafonnés pour les médecins non adhérents aux Options de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (Optam et Optam-ACO).

Renonciation aux options

Vous pouvez renoncer à votre affiliation aux options 200, 300 ou 400 pour ne conserver que le régime obligatoire de base par notification par lettre ou tout autre support du-

table, déclaration faite au siège social de la Mutuelle, pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que l'affiliation a pris effet.

Les cotisations versées sont alors intégralement restituées dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de cette demande de renonciation, sous déduction des prestations versées.

Résiliation des options

Vous pouvez résilier votre affiliation à l'une des options proposées par l'un des moyens suivants :

- Lettre ou tout autre support durable ;
- Déclaration faite au siège social de la Mutuelle ;
- Acte extrajudiciaire.

Cette résiliation peut intervenir :

- Au 1^{er} janvier de chaque année, au moins 2 mois avant l'échéance annuelle ;
- Après expiration d'un délai d'un an à compter de votre première affiliation, à tout moment. La Mutuelle doit accuser réception par écrit de la résiliation de votre affiliation en vous précisant la date d'effet de la résiliation. Celle-ci sera effective un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par vous-même ;
- En cas de modification de vos droits et obligations par la Mutuelle (révision des cotisations ou réduction des garanties) dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.

Changement entre options

Les situations personnelles évoluent, votre Mutuelle aussi. Afin d'adapter vos garanties à votre situation, vous pourrez renforcer le niveau de couverture pour l'ensemble des bénéficiaires inscrits sur votre dossier, sans période de carence, à compter du 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

Toutefois, le passage de l'une des options améliorées vers l'un des régimes de niveau inférieur ne sera possible que si le bénéfice de l'option améliorée a été d'au moins 3 ans. Il en est de même pour la garantie sur-complémentaire.

Néanmoins, en cas de changement de situation familiale ou professionnelle (mariage, PACS, concubinage, naissance, adoption, divorce, décès, chômage du conjoint, situation de surendettement déclarée auprès de la Banque de France, ou achat de la résidence principale), vous pourrez demander un changement de régime avant le terme de trois ans.

Dans tous les cas vous devrez en faire la demande auprès de votre Service Ressources Humaines pour prise en compte dans le prélèvement sur salaire.

CHAPITRE 2

LES FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion au régime de base (contrat 100) est obligatoire pour l'ensemble des salariés des Sociétés Valeo - y compris le personnel en périodes de réserves militaires ou policières - signataires de l'Accord de Groupe du 24 octobre 2013 et des avenants qui ont suivi. Seuls les cas de dispense indiqués au paragraphe ci-contre seront exemptés de cette obligation, sous réserve d'en fournir les justificatifs au Service Ressources Humaines de votre site avant le 15 janvier de chaque année pour les contrats en cours, ou dans un délai de 15 jours suivant la date d'embauche.

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité s'ils le souhaitent de couvrir, à titre facultatif, leurs ayants droit (conjoint, concubin et/ou enfants - voir chapitre 3). De même, selon leurs besoins et choix personnels, ils peuvent opter pour le niveau de couverture le mieux adapté à leur situation.

Tout nouvel embauché recevra du Service Ressources Humaines la présente notice d'information sur le contrat collectif de complémentaire santé.

Remplissez le bulletin d'adhésion en indiquant l'option choisie et retournez ce bulletin à votre Service Ressources Humaines accompagné des pièces justificatives. Une carte de mutualiste vous sera adressée dès enregistrement par la Mutuelle.

Si vous souhaitez vous inscrire à la Mutuelle Valeo, tout en conservant une autre couverture santé dont vous bénéficiez déjà par ailleurs, vous devrez demander sur le bulletin d'adhésion à ce que les échanges d'informations entre la Sécurité Sociale et la Mutuelle Valeo ne soient pas activés.

La garantie de la Mutuelle Valeo interviendra alors en seconde position, après votre première complémentaire, dans le cas où des frais resteraient à votre charge (décompte de la première mutuelle à nous fournir).

Nouveaux salariés : Tout nouveau salarié du Groupe Valeo embauché doit obligatoirement adhérer, au minimum, au régime de base (contrat 100), sauf cas de dispense indiqué ci-contre. L'admission est effectuée automatiquement au cours du mois de son engagement (bulletin d'adhésion et choix d'option à compléter et à remettre au Service Ressources Humaines).

Dans tous les cas, une nouvelle carte de mutualiste vous sera adressée en retour.

Justificatifs à fournir pour l'adhésion

Il suffit d'adresser au Service Ressources Humaines la demande d'adhésion accompagnée des pièces détaillées ci-dessous.

- **Le bulletin d'adhésion** : pour être valable, celui-ci doit être complété, signé et revêtu du cachet de l'entreprise justifiant sa prise en compte par le Service Ressources Humaines de votre site. La date d'effet souhaitée ainsi que l'option choisie doivent avoir été indiquées (affiliation obligatoire à la garantie de base dès le mois de

l'embauche) ;

- **Une copie de l'attestation accompagnant la carte VITALE de chaque bénéficiaire inscrit ayant son propre numéro.** Ces documents sont indispensables pour que la Mutuelle puisse effectuer la connexion informatique avec votre Caisse d'Assurance Maladie ;
- Pour les enfants âgés de 20 à 28 ans, un **certificat de scolarité ou copie de la carte étudiant ou du certificat d'apprentissage ou de l'attestation d'inscription à France Travail** ;
- Pour les enfants handicapés de plus de 20 ans, une **copie de la carte d'invalidité** ;
- Votre **relevé d'identité bancaire ou postale** (R.I.B. ou BIC-IBAN) pour le virement de vos prestations.

Cas de dispenses d'adhésion prévus à l'Accord de Groupe

Conformément à l'Accord de Groupe signé le 24 octobre 2013 entre le Groupe Valeo et les Organisations Syndicales représentatives, peuvent être dispensés d'adhésion au présent régime :

- **Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à douze mois**, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs. Ils doivent faire part de leur décision par écrit au service Ressources Humaines de leur site dans les 15 jours qui suivent leur embauche.
- **Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée supérieure ou égale à douze mois** à condition de fournir au Service Ressources Humaines de Valeo, dans les 15 jours qui suivent leur embauche, le justificatif d'une couverture individuelle pour le même type de garanties souscrite par ailleurs.
- **Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de l'embauche**, à condition de fournir au Service Ressources Humaines, dans les 15 jours qui suivent leur arrivée dans l'entreprise, tout justificatif de cette couverture individuelle. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel.
- **Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.** Ils devront faire part de leur décision par écrit au Service Ressources Humaines de Valeo dans les 15 jours qui suivent leur embauche.
- **Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire au titre de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou d'une Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS), devenue « Complémentaire Santé Solidaire » (CSS).** Le salarié devra remettre au Service Ressources Humaines, dans les 15 jours qui suivent son embauche, tout justificatif d'une telle couverture. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance du contrat **Complémentaire Santé Solidaire.**

CHAPITRE 2 (SUITE)

- **Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective obligatoire** relevant d'un dispositif de frais de santé complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité Sociale en date du 26 mars 2012. Les justificatifs devront être remis au Service Ressources Humaines dans les 15 jours qui suivent leur embauche. Ces justificatifs devront être fournis chaque année, avant le 15 janvier.
- **Les salariés qui sont en couple (conjoints mariés, partenaires pacsés ou concubins - sous réserve de la production d'un justificatif) et travaillent au sein d'un même établissement (ou Société Juridique) :** ils pourront choisir de s'affilier ensemble ou séparément.

Carte Mutualiste

Annuellement, une notification par mail informant de la mise à disposition de la carte de Tiers-payant sur l'espace adhérent sera adressée à l'ensemble des adhérents. Si l'adresse mail n'est pas connue de la Mutuelle, la carte sera adressée par voie postale.

Cette carte lui donne accès ainsi qu'aux bénéficiaires inscrits,

aux services de tiers payant du partenaire, Plansanté, choisi par la Mutuelle Valeo, (voir chapitre 7) ainsi qu'au réseau de soins Optique, Dentaire et Audioprothèses d'ITELIS (voir chapitre 8).

En cas de modification de la composition familiale, une carte rectificative est mise à disposition sous 10 jours suivant la réception de la demande de modification dans les services de la Mutuelle.

En cas de départ du salarié de Valeo, la carte mutualiste doit impérativement être restituée à la Mutuelle, soit en l'adressant directement par courrier à notre adresse, soit par l'intermédiaire du Service Ressources Humaines lors de la remise du solde de tout compte (sauf en cas de maintien de la garantie au sein du groupe d'accueil - voir chapitre 5).

Carte dématérialisée

Une version de la carte mutualiste au format dématérialisé est téléchargeable sur l'application Mobile de la Mutuelle Valeo et sur l'espace adhérent sécurisé en ligne.

Vous avez alors la possibilité de choisir cette solution et de présenter aux professionnels de santé votre carte de tiers payant directement à partir de votre téléphone mobile.

CHAPITRE 3

BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Ce régime frais de santé, obligatoire au minimum pour son régime de base, concerne l'ensemble des salariés des Sociétés Valeo, sauf cas de dispenses indiqués en pages 5 et 6.

Le salarié peut choisir d'y inscrire sans période de carence lors de son adhésion, ou ultérieurement, sous conditions (voir paragraphe Ajout de bénéficiaires ci-contre) :

Ayants droit

- Son conjoint, concubin ou partenaire d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS). Dans le cas où le conjoint serait bénéficiaire d'un régime complémentaire maladie, la télétransmission Noémie ne s'applique pas, la Mutuelle Valeo intervenant en complément de la première mutuelle sur demande du conjoint.
- Ses enfants et ceux de son conjoint, concubin ou partenaire pacsé ;
 - Jusqu'à leur 20^e anniversaire, sans condition ;
 - Etudiants* jusqu'à la fin de l'année scolaire de leur 28^e anniversaire ;
 - Sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation* jusqu'à son terme et au maximum jusqu'à leur 28^e anniversaire ;
 - À la recherche d'un premier emploi, inscrits à France Travail* (maximum 1 an) et au maximum jusqu'à leur 28^e anniversaire ;
 - Handicapés, titulaires d'une pension d'adulte handicapé*, sans limite d'âge.

* Justificatif à fournir

Ajout de bénéficiaires

En cas de changement de situation familiale (mariage, PACS, concubinage, naissance, adoption,...), vous pouvez demander au Service Ressources Humaines de votre site un ajout de bénéficiaires en remplissant un nouveau bulletin d'adhésion accompagné des pièces justificatives. **Les droits du nouveau bénéficiaire seront ouverts dès la date d'effet de l'affiliation si celle-ci est réalisée dans les trois mois suivant l'évènement.**

En dehors de ces circonstances, et **lorsque l'adhésion des bénéficiaires ne sera pas effectuée simultanément à celle du salarié, les délais de carence suivants seront appliqués :**

- **3 mois pour le petit risque (actes médicaux courants, pharmacie, soins dentaires) ;**
- **6 mois pour le gros risque (appareillage, cures thermales, prothèses dentaires, implantologie, orthodontie, optique, hospitalisation et maternité).**

Ces délais de carence ne seront cependant pas mis en oeuvre sur présentation d'un certificat de radiation de moins de trois mois émanant d'un autre organisme complémentaire.

À noter que ces délais ne sont pas appliqués sur le ticket modérateur des tarifs servant de base au remboursement du Régime Obligatoire en médecine de ville et en hospitalisation ainsi qu'au forfait journalier et hors postes relevant du 100% santé.

Une carte de Mutuelle sera mise à disposition sur votre espace adhérent dans un délai de 10 jours.

CHAPITRE 4

MODIFICATIONS DE VOTRE SITUATION ADMINISTRATIVE

Signalez impérativement et rapidement au Service Ressources humaines de votre site tout changement relatif à la gestion de votre dossier ayant un impact sur le montant de votre cotisation :

- Ajout ou suppression de bénéficiaires,
- Changement de situation de famille, changement d'option, etc...

Vous recevrez en retour une carte de Mutuelle rectifiée sous 10 jours.

De plus, pour la bonne perception de vos prestations, vous devrez également informer rapidement la Mutuelle de modifications telles que changement d'adresse, de banque, **(tout changement de coordonnées bancaires doit être accompagné d'une pièce d'identité de l'adhérent)**, de matricule Sécurité Sociale de l'un des bénéficiaires inscrits, etc... Il vous est possible de nous faire part de ces modifications en vous connectant à votre Espace Personnel sur :

www.mutuelle-valeo.fr

CHAPITRE 5

DISPOSITIONS POUR LES ANCIENS SALARIÉS

Rupture du contrat de travail indemnisé par l'assurance chômage

Conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de cessation de votre contrat de travail non consécutive à une faute lourde.

Un mécanisme de portabilité des droits en matière de complémentaire santé est prévu au profit des anciens salariés dont le contrat de travail est rompu et dont les droits à indemnisation par l'assurance chômage sont ouverts.

Ce maintien est accordé à l'ancien salarié et à ses éventuels ayants droit pour une durée égale à celle du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de douze mois de couverture. Le maintien intervient sans règlement de cotisations de la part de l'ancien salarié en raison de la mutualisation de son coût intégrée dans la tarification contractuelle du Groupe Valeo. Il s'exerce sur des garanties identiques à celles dont l'assuré bénéficiait en tant que salarié, sans possibilité de changement d'option.

Le maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur et à la présentation par l'ancien salarié à la Mutuelle Valeo de ses justificatifs de prise en charge au titre de l'assurance chômage.

L'ancien salarié perd son droit au maintien de ses garanties dès lors qu'il retrouve un emploi ou en cas de radiation des

listes de France Travail. Il devra en informer immédiatement la Mutuelle Valeo.

Lorsque l'ancien salarié aura pu bénéficier du dispositif de portabilité des droits lors de la rupture de son contrat de travail, les dispositions de l'article 4 de la Loi Evin telles que définies ci-dessous pourront alors s'appliquer à l'issue de la période de maintien des droits au titre de la portabilité.

Régime d'accueil des anciens salariés

En application de l'article 4 de la Loi 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite Loi Evin)

En cas de rupture du contrat de travail :

Les anciens salariés ayant quitté l'Entreprise Valeo et qui bénéficient de prestations «en espèces» de la Sécurité sociale au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, peuvent, sans délai de carence et sans questionnaire médical, bénéficier à titre individuel du maintien d'une garantie de niveau équivalent à celui du contrat collectif sans condition de durée.

La demande d'adhésion individuelle doit être formulée auprès de la Mutuelle Valeo lors de la rupture du contrat de travail ou, au plus tard, dans les six mois suivants celle-ci.

Il est impératif de restituer la carte en cours de validité en cas de renonciation au régime. Pour les anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement, les présentes dispositions ne s'appliquent éventuellement que dans le prolongement du dispositif relatif au maintien au titre de la portabilité prévue à l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale.

CHAPITRE 5

En cas de décès du participant :

Les personnes garanties du chef du salarié décédé peuvent continuer à bénéficier, à titre individuel, d'une garantie de niveau équivalent à celui du contrat collectif, sans délai de carence et sans questionnaire médical, pour une durée de douze mois à compter du décès, à condition d'en faire la demande auprès de la Mutuelle dans les six mois suivant le décès de l'adhérent.

Le règlement de la totalité de la cotisation (y compris la part employeur) sera alors effectué individuellement par le conjoint survivant par prélèvement bancaire.

Les veufs(ves) de retraités, ainsi que leurs enfants à charge, pourront continuer à bénéficier du régime auquel ils avaient adhéré en tant que conjoint ou enfant, moyennant l'acquiescement de la cotisation correspondante.

Conditions de maintien :

Les cotisations dans leur globalité seront réglées par l'adhérent par prélèvement bancaire mensuel.

En application du décret du 21 mars 2017 modifiant la loi précitée, les tarifs applicables aux personnes visées à cet article, sont encadrés par un plafonnement progressif comme suit : pour la première année faisant suite à la sortie du contrat des salariés, les tarifs seront identiques à la cotisation globale des salariés actifs ; pour la deuxième année, ces tarifs ne pourront être supérieurs de plus de 25% à ceux des salariés actifs et pour la troisième année, les tarifs ne pourront être supérieurs de plus de 50%.

Le personnel partant dans le cadre du dispositif « Amiante » mis en place par le Groupe Valeo en 1999 conserve le bénéfice du tarif « actif » jusqu'à la liquidation de leurs droits « Retraite », sous réserve du règlement individuel de leurs cotisations.

Maintien en cas de suspension du contrat de travail

L'adhésion au présent régime est maintenue en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à une indemnisation de salaire financée au moins en partie par l'employeur. Pendant toute la durée de la suspension du contrat de travail, le financement continue d'être assuré par l'employeur et le bénéficiaire dans les mêmes proportions que durant l'activité. Le versement de la cotisation sera assuré par Valeo.

Maintien en cas de suspension du contrat de travail non rémunéré

En cas de suspension de contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation, le salarié peut choisir de maintenir, à titre facultatif, sa couverture sous réserve du paiement individuel de la totalité de la cotisation (part salariale et part patronale). La cotisation sera alors directement appelée par la Mutuelle auprès du salarié concerné. Il est précisé que les garanties sont maintenues pour le mois au cours duquel intervient la suspension du contrat de travail et le mois civil suivant, dès lors que la cotisation a été payée pour le mois en cours. Aucune cotisation n'est due pour le mois civil suivant.

Droit de renonciation volontaire au maintien collectif des garanties

Vous pouvez renoncer à votre adhésion au maintien col-

lectif des garanties par notification par lettre ou tout autre support durable, déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ou communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription, pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que l'adhésion a pris effet.

La renonciation entraîne la restitution dans un délai de 30 jours de l'intégralité des cotisations versées sous déduction des prestations versées par la Mutuelle.

Résiliation volontaire de l'adhésion du personnel bénéficiant de la Loi Evin

Le personnel en prolongation de garanties peut résilier son adhésion au maintien collectif des garanties par l'un des moyens suivants :

- Lettre ou tout autre support durable ;
- Déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- Acte extrajudiciaire ;
- Communication à distance lorsque l'organisme le propose pour l'adhésion.

Cette résiliation peut intervenir :

- Au 1^{er} janvier de chaque année, au moins 2 mois avant l'échéance annuelle ;
- Après expiration d'un délai d'un an à compter de votre première adhésion, à tout moment. La Mutuelle doit accuser réception par écrit de la résiliation de votre adhésion en vous précisant la date d'effet de la résiliation. Celle-ci sera effective un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par vous-même ;
- En cas de modification de vos droits et obligations par la Mutuelle (révision des cotisations ou réduction des garanties) dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.

La résiliation de l'adhésion entraîne la cessation de la garantie et du paiement des prestations pour les frais de santé engagés postérieurement à la date d'effet de la résiliation.

Modalités de changement entre options

Les situations personnelles évoluent, votre Mutuelle aussi. Afin d'adapter vos garanties à votre situation, vous pourrez renforcer le niveau de couverture pour l'ensemble des bénéficiaires inscrits sur votre dossier, sans période de carence, à compter du 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

Toutefois, le passage de l'une des options améliorées vers l'un des régimes de niveau inférieur ne sera possible que si le bénéfice de l'option améliorée a été d'au moins 3 ans.

Il en est de même pour la garantie sur-complémentaire.

Néanmoins, en cas de changement de situation familiale ou professionnelle (mariage, PACS, concubinage, naissance, adoption, divorce, décès, chômage du conjoint, situation de surendettement déclarée auprès de la Banque de France, ou achat de la résidence principale), vous pourrez demander un changement de régime avant le terme de trois ans.

CHAPITRE 6

COMMENT SE FAIRE REMBOURSER ?

Dans la plupart des cas, le remboursement des prestations est automatique grâce au système de télétransmission entre les Caisses Primaires d'Assurance Maladie et la Mutuelle. Cependant, si pour certains actes des pièces complémentaires sont nécessaires (prothèses dentaires, optique, ...), elles vous seront réclamées par les services de la Mutuelle.

Pour les conjoints bénéficiant d'un régime complémentaire maladie, il convient d'adresser le décompte Sécurité Sociale et le décompte du régime complémentaire via, de préférence, l'espace adhérents ou à défaut par voie postale.

Le paiement des prestations intervient généralement dans les 8 jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits, délais de poste et bancaire non compris. Le règlement s'effectue par virement sur votre compte bancaire.

Ce délai est donné à titre indicatif et ne saurait en aucun cas engager la responsabilité de la Mutuelle.

Dans le cadre de la loi Informatique et Libertés, l'adhérent peut refuser cette télétransmission ; le remboursement interviendra alors sur présentation des originaux des décomptes de Sécurité Sociale.

De même, si vous avez choisi de vous inscrire à la Mutuelle Valeo, tout en conservant une autre couverture santé dont vous bénéficiez déjà par ailleurs, vous devrez demander sur le bulletin d'adhésion à ce que les échanges d'informations entre la Sécurité Sociale et la Mutuelle Valeo ne soient pas activés.

La garantie de la Mutuelle Valeo interviendra alors en seconde position, après votre première complémentaire, dans le cas où des frais resteraient à votre charge. Le complément sera versé sur présentation des originaux des décomptes de cette autre mutuelle.

Les remboursements des prestations sont effectués par virement sur le compte bancaire de l'adhérent. Les décomptes sont envoyés mensuellement par la Mutuelle à l'adresse postale de celui-ci ou si une adresse mail est renseignée, la liste des règlements sera téléchargeable directement sur le site www.mutuelle-valeo.fr après réception d'un mail d'alerte indiquant qu'un nouveau décompte est en ligne.

Délai de présentation des dossiers :

Deux ans à compter de la date des soins.

Réclamation après un remboursement :

Contact : ☎ 01 43 25 25 33.

DÉFINITION DES PRESTATIONS LIÉES AUX ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES 100% SANTÉ

Optique

Il existe deux classes de verres et de montures sont instaurées : classe A (équipement 100 % santé tel que défini réglementairement, avec un reste à charge nul) et classe B (équipement avec des prix libres). Avant toute délivrance, l'opticien doit établir un devis mentionnant au moins un

équipement sans reste à charge (composé d'une monture classe A et de deux verres classe A).

• Équipement 100 % santé tel que défini réglementairement (classe A)

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des frais exposés au-delà du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale de l'équipement, sans reste à charge pour l'assuré.

Cette prise en charge concerne :

- les verres et la monture
- la prestation d'appairage (pour les verres aux indices de réfraction différents)
- le supplément applicable pour les verres avec filtres.

• Équipement optique prix libres (classe B)

La garantie prévoit le remboursement d'un équipement complet (verres et monture), sous forme d'un forfait qui respecte les planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation selon le type de verres et qui inclut le remboursement de la Sécurité sociale.

• Équipement mixte classes A et B

Si le contrat prévoit un forfait global (monture et verres) :

- le ticket modérateur et les frais exposés au-delà du tarif de responsabilité des éléments de l'équipement de classe A sont pris en charge intégralement dans la limite des prix limites de vente ;
- les éléments de l'équipement de classe B sont pris en charge selon la garantie prévue pour l'équipement de classe B, sous déduction de la prise en charge des éléments de la classe A.

Si le contrat prévoit des montants spécifiques pour la monture ou les verres :

- le montant prévu pour chacune des composantes s'applique.

• Prise en charge dérogatoire de deux équipements

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin avec une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et pour ceux ayant une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique, la garantie peut prendre en charge deux équipements de correction différente uniquement si l'ophtalmologiste mentionne ces cas particuliers sur l'ordonnance.

• Prestation d'adaptation

Cette garantie prévoit le remboursement d'une prestation qui correspond à l'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B.

• Périodicité de prise en charge

Les garanties (classes A et B) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'un équipement optique comportant une monture et deux verres, par période :

- de deux ans, pour les plus de 16 ans,
- d'un an, pour les moins de 16 ans,
- de 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans unique-

CHAPITRE 6

ment dans le cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement. Elle ne s'applique pas aux cas de renouvellement anticipé prévus par la réglementation.

• Conditions de renouvellement anticipé

Un renouvellement anticipé de l'équipement est possible dans les cas de dégradation des performances oculaires strictement définis par la Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie (LPP), justifiés par une nouvelle prescription médicale (ou par une adaptation de la prescription initiale par l'opticien, uniquement pour les plus de 16 ans) :

- pour les plus de 16 ans, au terme d'une période minimale d'un an
- pour les moins de 16 ans, sans délai, uniquement pour les verres.

Un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies à la LPP (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique ou une pathologie générale) sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique mentionnant ces cas particuliers, sans délai.

Dentaire

La convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie du 21 juin 2018 (publiée au JO du 25 août 2018) a revu la nomenclature des actes dentaires, leur tarification et a instauré des honoraires limites de facturation.

Les prothèses dentaires sont réparties dans 3 paniers de

soins : un panier à reste à charge nul (soins et prothèses 100 % santé tels que définis réglementairement), un panier à reste à charge maîtrisé via des honoraires plafonnés et un panier à honoraires libres.

Avant tout traitement, le chirurgien-dentiste doit remettre à l'assuré un devis écrit mentionnant une description détaillée du traitement et des matériaux utilisés, le montant des honoraires relatifs au traitement proposé que le traitement soit remboursable ou non et le montant de la base de remboursement de l'Assurance Maladie.

• Soins et prothèses du panier 100 % santé

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires des actes prothétiques, dans la limite des honoraires limites de facturation. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale des soins et prothèses, sans reste à charge pour l'assuré.

• Actes prothétiques du panier à honoraires maîtrisés

La garantie est exprimée dans la limite des honoraires limites de facturation prévus par la réglementation.

• Actes prothétiques du panier à honoraires libres

Les prothèses qui n'entrent pas dans le panier 100 % santé ou dans le panier à honoraires maîtrisés sont remboursées à hauteur de la garantie prévue au tableau des prestations.

• Plafond dentaire

Si la garantie prévoit un plafond annuel par bénéficiaire, celui-ci ne concerne que les prothèses dentaires des paniers à honoraires maîtrisés et libres. En cas d'atteinte du plafond annuel, la garantie prend en charge le ticket modérateur plus 25 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Aides auditives

SYNTHÈSE DES PANIERS DE SOINS DENTAIRES

PANIER 100% SANTÉ	PANIER HONORAIRES MAÎTRISÉS	PANIER HONORAIRES LIBRES
<ul style="list-style-type: none"> - Couronne métallique - Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1ère prémolaire - Couronne céramique-monolithique (zircone) hors molaire - Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1^{er} prémolaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2^{ème} prémolaire et molaire - Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire - Couronne céramo-métallique sur 2^{ème} prémolaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Couronne céramo-céramique - Couronne céramo-métallique sur molaire - Couronne implanto-portée
<ul style="list-style-type: none"> - Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie 	<ul style="list-style-type: none"> - Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - Inlay-onlay métallique 	<ul style="list-style-type: none"> - Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - Inlay-onlay céramique
<ul style="list-style-type: none"> - Bridge céramo-métallique sur incisive - Bridge métallique pour toute dent 	<ul style="list-style-type: none"> - Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive - Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bridge céramo-céramique
<ul style="list-style-type: none"> - Prothèse amovible à plaque base résine 	<ul style="list-style-type: none"> - Prothèse amovible sur châssis métallique 	<ul style="list-style-type: none"> - Prothèse amovible supra-implantaire
<ul style="list-style-type: none"> - Réparations 	<ul style="list-style-type: none"> - Réparations 	<ul style="list-style-type: none"> - Adjonctions
		<ul style="list-style-type: none"> - Implants

CHAPITRE 6

Les aides auditives sont classées en deux groupes, classe I et classe II, selon leurs caractéristiques techniques (en fonction de la présence et du nombre d'options). Les aides auditives de la classe I correspondent à l'équipement 100% santé et sont sans reste à charge pour l'assuré ; celles de la classe II sont à prix libres.

Avant toute délivrance, l'audioprothésiste doit établir un devis mentionnant au moins un équipement sans reste à charge (classe I). Ce devis doit faire apparaître de façon distincte le prix de l'appareil électronique correcteur de surdité proposé ainsi que la nature et le prix des prestations d'adaptation indissociables de l'appareil, nécessaires à son adaptation initiale et à son suivi périodique.

• Équipement 100 % santé (classe I)

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des frais exposés au-delà du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale de l'équipement, sans reste à charge pour l'assuré.

• Aides auditives à prix libres (classe II)

La garantie respecte le plafond de prise en charge prévue par la réglementation (1700 euros par appareil y compris le remboursement de la Sécurité sociale). Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles et des accessoires.

• Piles et accessoires

Les piles et autres accessoires prescrits sont pris en charge à hauteur de la garantie prévue aux conditions particulières, ou à hauteur du ticket modérateur en l'absence de précision, sur présentation des justificatifs de dépenses.

• Périodicité de prise en charge

Les garanties (classes I et II) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans. Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement.

Ces dispositions tiennent compte des quatre années antérieures.

GRILLE OPTIQUE

A	<p>Deux verres unifocaux (verres simples)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre 6,00 et + 6,00 dioptries ; - Équipement à 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 ; - Équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries
B	<p>Équipement comportant un verre A (verre simple) et un verre C (verre complexe)</p>
C	<p>Verre unifocal (verre complexe)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - Equipement à 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 ; - Équipement à 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 ; <p>ou verre multifocal ou progressif (verre complexe)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre 4,00 et + 4,00 dioptries ; - Équipement à 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 ; - Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
D	<p>Équipement comportant un verre A (verre simple) et un verre F (verre très complexe)</p>
E	<p>Équipement comportant un verre C (verre complexe) et un verre F (verre très complexe)</p>
F	<p>Deux verres multifocaux ou progressifs (verres très complexes)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de 4,00 à + 4,00 dioptries ; - Équipement à 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 ; - Équipement à 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 ; - Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

CHAPITRE 6 (SUITE)

Justificatifs à fournir

(indiquer le n° de SS de l'assuré sur ces documents)

• Tiers payant partiel :

Attention : Si vous n'effectuez qu'un tiers-payant partiel (sur la seule part de la Sécurité Sociale), vous devez impérativement réclamer une facture au praticien indiquant le montant réglé au titre de la part complémentaire et l'adresser à la Mutuelle pour remboursement.

• Dentaire :

- Soins et prothèses dentaires pris en charge par la Sécurité Sociale : en cas de besoin, les services de la Mutuelle vous demanderont la facture détaillée réglée à votre dentiste précisant la nature des soins et prothèses (pas d'envoi spontané, attendre une demande de la part de la Mutuelle).

- Prothèses non prises en charge par la Sécurité Sociale (remboursement prévu uniquement sur le pilier de bridge sur dent saine), implantologie : adresser à la Mutuelle la facture détaillée réglée à votre dentiste précisant la nature des soins et prothèses ainsi que le n° de dent et mentionnant la codification des travaux effectués. Le remboursement sera soumis à l'avis du Dentiste Conseil.

- Les prothèses hors nomenclature ne sont pas remboursées par la Mutuelle.

• **Optique** : Optique : hors tiers payant intégral, les services de la Mutuelle vous demanderont la copie de la prescription ainsi que la facture détaillée de l'opticien indiquant le détail de frais de monture d'une part, et ceux des verres ou lentilles cornéennes d'autre part (pas d'envoi spontané, attendre une demande de la part de la Mutuelle). Pour les lentilles non prises en charge par la sécurité sociale : adresser spontanément la facture acquittée auprès de l'opticien accompagnée de la copie de la prescription médicale correspondante.

• **Vaccin anti-grippe** : Copie de la prescription du praticien et facture acquittée au pharmacien.

• **Cure thermale** : Attestation de cure, justificatifs des frais d'hébergement et de transport.

• **Dépassements d'honoraires liés à une hospitalisation** : Bordereau de facturation remis par l'établissement à l'assuré et note d'honoraires acquittée.

• **Maternité** : Facture des dépassements d'honoraires de l'obstétricien, de l'anesthésiste, de chambre particulière, location de téléviseur, etc...

• **Prestations ne faisant pas l'objet d'une prise en charge de la Sécurité Sociale mais prévues au contrat** (ostéopathes, chirurgie réfractive de l'œil, etc...) : Facture nominative acquittée établie par le professionnel de santé.

Contrat responsable et parcours de soins

Les garanties du contrat responsable couvrent, a minima, l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, dont le forfait journalier hospitalier.

Le contrat responsable ne prévoit pas cette obligation pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie. Cependant les garanties de votre contrat prévoient la couverture de ces actes.

La Mutuelle respecte les obligations de prise en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (planchers et plafonds de remboursements de prestations, prise en charge du ticket modérateur et des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation pour les équipements des papiers 100 % santé des équipements optiques, des aides auditives, et des soins prothétiques dentaires)

Les garanties prennent en charge intégralement :

- le ticket modérateur des consultations du médecin traitant dont le tarif est prévu par les conventions nationales mentionnées à l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale ;

- le ticket modérateur des frais de pharmacie exposés au titre de médicaments à service médical rendu majeur ou important ;

- le ticket modérateur des frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant ;

- le ticket modérateur des prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de Santé Publique, prévues à l'article R. 871-2 II du Code de la sécurité sociale et dont l'arrêté du 8 juin 2006, paru au Journal Officiel du 18 juin 2006, fixe la liste :

- Détartrage dentaire annuel,

- Scellement prophylactique dentaire des puits, sillons et fissures avant 14 ans,

- Bilan initial des troubles du langage oral ou écrit avant 14 ans,

- Dépistage de l'hépatite B,

- Dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans,

- Acte d'ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans,

- Les vaccinations :

- Diphtérie, tétanos et poliomyélite

- Coqueluche avant 14 ans

- Hépatite B avant 14 ans

- BCG avant 6 ans

- Rubéole pour les adolescentes non vaccinées et

- les femmes non immunisées désirant un enfant

- Haemophilus influenzae B

- Infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois

- le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée pour tout séjour effectué dans un établissement de santé. Les frais de forfait journalier liés à un séjour dans un établissement médico-social (tel que EHPAD, Maison d'accueil spécialisé) est pris en charge selon stipulation du tableau de garantie. La participation forfaitaire sur les

CHAPITRE 6 (SUITE)

« actes lourds » et le forfait patient urgences sont intégralement remboursés.

- la prise en charge du ticket modérateur des honoraires de dispensation
- Les séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues dans le cadre du dispositif « Mon Soutien Psy ». Les garanties couvrent aussi la prise en charge du ticket modérateur des séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues partenaires dans le cadre du dispositif « Mon Soutien Psy » lorsqu'elles sont remboursées par la Sécurité sociale. Pour plus d'informations sur ce dispositif, vous pouvez consulter le site d'information « monsoutienpsy.sante.gouv.fr/ ».

Les garanties tiennent compte des exclusions suivantes :

- la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, ne sont pas remboursées ;
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale n'est prise en charge ;
- hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale en vigueur pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

Délais de présentation des demandes de remboursement

Les demandes de prestations doivent, sous peine de forclusion, être présentées à la Mutuelle dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins ou de la date de l'acte et sur production de justificatifs.

Territorialité

Les garanties du contrat s'exercent en France Métropolitaine et dans les Territoires et Départements d'Outre-Mer. Pour les prestations réalisées à l'étranger, la Mutuelle intervient en complément d'une prise en charge effective du régime obligatoire français d'assurance maladie au titre de « soins à l'étranger ». Le règlement se fait en Euros.

Quelques conseils

Utilisez les devis. N'hésitez pas à faire établir plusieurs devis en optique, prothèse dentaire : pour une même prestation, les différences de prix sont parfois importantes.

Consultez ameli.fr Le site de la Sécurité Sociale propose un annuaire de recherche des professionnels de santé par spécialité avec indication de leur secteur d'activité : secteur 1 (sans dépassement d'honoraire), secteur 2 (dépassements autorisés) ou signataire de l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam - Optam-Aco).

Recherchez un professionnel, partenaire du réseau de santé Itelis : Vous bénéficierez de tarifs négociés pour des produits de qualité (voir chapitre 8).

➡ www.mutuelle-valeo.fr

Consultation de vos derniers remboursements par Internet :

Créez votre espace personnel sécurisé sur le site de la Mutuelle et recevez une alerte mail lors de l'émission de chaque remboursement.

Pour créer cet espace personnel, il suffit de compléter le formulaire en ligne, une adresse mail valide est obligatoire.

CHAPITRE 7

LE TIERS-PAYANT

En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, le Participant peut bénéficier du tiers payant pour l'ensemble des prestations, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation, pour les équipements optiques, les aides auditives et les soins prothétiques dentaires compris dans les paniers 100% santé.

Le tiers payant est un dispositif qui vous dispense de faire l'avance de frais dans le cadre des prestations garanties. En application des dispositions réglementaires liées au Contrat Responsable, vous pouvez bénéficier du tiers-payant pour l'ensemble des soins remboursés par la Sécurité Sociale, au moins à hauteur du ticket modérateur.


L'utilisation du tiers-payant auprès d'un professionnel de santé est toutefois conditionnée à l'acceptation de ce dernier.

Afin de proposer à ses adhérents une couverture optimale en matière de tiers-payant, la Mutuelle Valeo a choisi l'opérateur Plansanté, leader sur le marché du tiers payant en France et nationalement reconnu par les métiers de la santé.

Cet opérateur propose un tiers-payant étendu à 250 000 professionnels de santé en France métropolitaine et DOM-TOM.

Pour bénéficier du tiers-payant intégral auprès de votre professionnel de santé, vous devez lui présenter simultanément votre carte Vitale et votre carte de Mutuelle sur laquelle est apposée le logo de l'opérateur de tiers-payant Plansanté.

Tiers-payant partiel (uniquement sur la part Sécurité Sociale avec votre carte Vitale) : il faut impérativement réclamer une facture au praticien indiquant le montant acquitté au titre de la part de votre régime complémentaire et l'adresser à la Mutuelle pour remboursement.

Egalement revêtue du logo du réseau de santé , la carte de tiers-payant vous permet aussi de bénéficier des tarifs négociés en Optique, Prothèses dentaires et Audioprothèse auprès des 6.000 professionnels de santé partenaires (voir chapitre 8).

Le site internet de la Mutuelle www.mutuelle-valeo.fr permet, dans la rubrique de votre espace personnel, d'accéder à la localisation des professionnels de santé partenaires Plansanté et , les plus proches de votre domicile.

Hospitalisation médicale ou chirurgicale

Bien souvent, compte tenu de l'importance des frais à engager, la simple présentation de la carte de tiers-payant ne suffit pas à la clinique ou à l'établissement hospitalier. Il est nécessaire de leur fournir une « prise en charge » de la Mutuelle.

Celle-ci devra être demandée :

- par l'établissement hospitalier 24h sur 24 et 7 jours sur 7 sur le portail de l'opérateur de tiers-payant Plansanté www.plansante.com.
- ou par vous-même aux services de la Mutuelle :

 01 43 25 25 33

Ou depuis votre espace personnel sur www.mutuelle-valeo.fr

Dépassements d'honoraires : Les dépassements d'honoraires du chirurgien ou de l'anesthésiste ne font pas l'objet d'une prise en charge. Ils doivent être réglés par l'adhérent.

Pour obtenir un remboursement de la Mutuelle suivant le niveau de garantie souscrit, voir liste des pièces à fournir, en page 12.

CHAPITRE 8

LE RÉSEAU DE SANTÉ ITELIS



Bénéficiez des avantages du Réseau Optique - Dentaire - Audioprothèse



Un réseau de plus de 3000 opticiens partenaires

OPTIQUE

- Jusqu'à 40% d'économie moyenne sur les verres grâce à des tarifs négociés
- Jusqu'à 25% de remise sur les montures
- 15% de remise minimale sur le para-optique (lunettes de soleil, produits lentilles)
- 10% de remise minimale sur les lentilles
- Tiers payant
- Qualité et traçabilité des verres
- Entretien et réparation offerts
- Examen non médical de la vue à 10€ TTC (en cas de renouvellement de l'équipement)
- Équipement prémonté protégeant de la lumière bleue nocive à 39€ TTC (29 € dans le cas de l'achat d'un équipement principal)

Garanties après-vente :

- Traitements des verres illimités 2 ans
- Garantie Adaptation de 3 mois pour les Verres
- Garantie adaptation de 15 jours pour la monture
- Garantie Casse, 1 remplacement pendant 2 ans (sans franchise) pour les adultes
- Garantie Casse, 2 remplacements pendant 2 ans (sans franchise pour le 1^{er} renouvellement et 30% de franchise pour le 2^e renouvellement) pour les enfants
- Garantie dépannage pour les Enfants & Adultes : 30 € TTC pour un équipement de dépannage partout en France

AUDIOLOGIE

- Jusqu'à 15% d'économie sur les aides auditives
- Garantie panne sans franchise de 4 ans
- Dépistage annuel de l'audition (non médical)
- Prêt gracieux d'une aide auditive en cas de casse, inadaptation ou utilisation impossible de l'équipement

CHIFFRES CLÉS

- 7000 partenaires
 - 2 500* opticiens (sous enseigne, mutualistes et indépendants)
 - 1 700 audioprothésistes (sous enseigne, mutualistes et indépendants)
 - 2 500 chirurgiens-dentistes omnipraticiens et 120 implantologues
 - 30 centres de chirurgie réfractive
- *Réseau en cours de renouvellement (chiffre susceptible d'être modifié)



LE RÉSEAU ITELIS :

Mode d'emploi

Pour bénéficier des avantages du réseau ITELIS, la marche à suivre est la suivante :

1. Je trouve le professionnel le plus proche :

- En me connectant sur le site www.mutuelle-valeo.fr rubrique Tiers-payant
- En interrogeant la Mutuelle Valeo au 01 43 25 25 33

2. Je me rends chez le professionnel muni de ma carte de tiers-payant qui comprend le logo et je demande à bénéficier des avantages partenaires :

• En optique,

- L'opticien partenaire saisit une demande de prise en charge ou un devis par internet qu'il vous demande de signer.
- vous passez en magasin récupérer votre équipement et signer la facture récapitulant les remboursements de la sécurité sociale, de la Mutuelle et votre éventuel reste à charge.

• En dentaire et en audioprothèse,

- Le professionnel de santé ou l'assuré adresse sa demande par fax selon les coordonnées mentionnées sur la carte de tiers payant et ITELIS répond sous 5 jours ouvrés au professionnel après analyse du devis.

Intégration d'un professionnel au Réseau ITELIS

Mon opticien, dentiste ou audioprothésiste ne fait pas partie du réseau ITELIS, peut-il demander à être agréé ?

Oui sous certaines conditions :

- Que le secteur géographique dans lequel se situe l'opticien ne soit pas déjà pourvu (présence d'opticiens partenaires).
- Que l'opticien remplisse les conditions requises pour adhérer au réseau et qu'il accepte les accords.

Les informations pour devenir partenaire sont disponibles sur le site www.itelis.fr (espace partenaires).

CHAPITRE 9

AVANTAGES COMPLÉMENTAIRES

Œuvres et Services de la Mutualité Française

L'adhésion à la Mutuelle ouvre l'accès aux adhérents et à leurs ayants droit aux œuvres et réalisations sanitaires et sociales de la Mutualité Française sur tout le territoire (centres médicaux, centres dentaires, centres d'optique et d'acoustique, services d'aide à domicile, etc ...).

Ce réseau de santé mutualiste répond à deux exigences : faciliter l'accès au soins et contribuer à la maîtrise des dépenses de santé en mettant en œuvre des pratiques sociales telles que la dispense d'avance de frais et le respect des tarifs conventionnels.

Le site internet de la Mutuelle www.mutuelle-valeo.fr permet, dans la rubrique tiers-payant de votre espace personnel, d'accéder à la localisation des centres mutualistes les plus proches de votre domicile.

Fonds sociaux

Des secours exceptionnels, pris sur une somme spéciale que détermine annuellement l'Assemblée Générale, peuvent être accordés sur le reste à charge, en cas de besoin urgent, aux adhérents et aux ayants droit, confrontés à des frais médicaux trop importants par rapport à leurs ressources (non imposables, sauf cas exceptionnels), notamment en cas de maladie grave, d'hospitalisation, d'accident ou de soins coûteux.

Les fonds sociaux participent aussi aux frais d'obsèques de la population « Retraités ».

La Commission fonds sociaux a pour objet l'instruction des dossiers présentés (qui porte sur la nature de la demande et des possibilités financières de l'adhérent) et la décision d'attribution en fonction de la situation étudiée et du budget de la Commission.

Analyse de vos devis dentaires

Vous êtes sur le point d'effectuer une prothèse dentaire mais vous n'avez aucun élément pour apprécier la pertinence du devis qui vous est présenté.

La Mutuelle vous donnera accès aux informations suivantes :

- l'indication du montant des remboursements de la Sécurité Sociale et de la Mutuelle,
- l'indication du reste à charge.

Pour accéder à ce service, adressez-le à la Mutuelle via votre espace personnel sur le site www.mutuelle-valeo.fr.

CHAPITRE 10

LA MUTUELLE VOUS RENSEIGNE

Un site Internet



www.mutuelle-valeo.fr

En vous connectant au www.mutuelle-valeo.fr vous pouvez à tout moment créer votre espace personnel sécurisé qui vous permettra de :

- Visualiser votre carte de Tiers-Payant,
- Déposer un document ou une demande de rembourse-

ment en toute sécurité

- Connaître le détail de vos remboursements,
- Choisir la dématérialisation de vos relevés en recevant une alerte mail lors d'un paiement,
- Soumettre un devis,
- Géo-localiser un professionnel de santé appliquant le tiers-payant ou partenaire Itelis,
- Consulter votre dossier administratif et celui des bénéficiaires protégés,
- Signaler un changement d'adresse, de coordonnées bancaires,
- Dialoguer avec les services de la Mutuelle.

Un contact téléphonique dédié

La Mutuelle met également à votre disposition un numéro d'accès direct : 01 43 25 25 33

Une application mobile

Disponible sur Google Play Store ou App Store, l'application pour smartphones et tablettes baptisée « **Ma Mutuelle Valeo** » vous permet de consulter votre dossier et vos derniers remboursements où que vous soyez et de dialoguer

plus facilement avec nos services.

RECOURS

Informatique et libertés

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l'Entreprise/vous et la Mutuelle et/ou le délégataire de gestion sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits. L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques. Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par vous-même des documents originaux éventuellement nécessaires à la Mutuelle pour le paiement des prestations, ainsi qu'au respect des dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la Mutualité relatives aux modalités de résiliation du contrat

Réclamation - Médiation

En cas de besoin, vous pouvez nous adresser une réclamation par courrier à l'adresse suivante :

Mutuelle Valeo - Service Réclamations
CS 80012
75128 PARIS CEDEX 11

Celle-ci est traitée par la Mutuelle sous un délai de 10 jours calendaires suivant la date de réception.

Pour les cas complexes, si le traitement de la réclamation requiert plus de 10 jours calendaires pour raison d'instructions particulières à mener, une lettre d'attente est envoyée afin de vous informer de l'avancée de votre dossier. En tout état de cause, le traitement de la réclamation et de son instruction ne pourra excéder un délai de 2 mois pour vous apporter une réponse circonstanciée.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par la Mutuelle Valeo, vous pouvez soumettre votre réclamation au médiateur en adressant un dossier complet à :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
Fédération Nationale de la Mutualité Française
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15

ou sur le site du Médiateur :

<https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de la Mutuelle dans le délai de deux mois à une réclamation écrite. Pour être recevable, la saisine de l'Adhérent doit être accompagnée du justificatif de la réclamation auprès de la Mutuelle. La demande auprès du Médiateur est introduite par le Membre participant ainsi que le bénéficiaire ou l'ayant droit dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la Mutuelle.

Organisme de contrôle

Autorité chargée du contrôle de la Mutuelle Valeo :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
(ACPR)
4 place de Budapest CS 92459
75436 PARIS CEDEX 09

Protection de vos données personnelles :

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie votre employeur à la Mutuelle, des données personnelles vous

concernant sont collectées par la Mutuelle Valeo, Mutuelle gérée par une entité du Groupe KLESIA, située 78 boulevard Saint Germain 75005 PARIS en tant que responsable de traitement.

Toutes les données sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. En effet, les données obligatoires sont nécessaires à la conclusion du contrat ou au respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. A défaut de fourniture des données obligatoires, la Mutuelle Valeo sera dans l'impossibilité de traiter vos demandes.

Les finalités de la collecte de vos données personnelles

- Dans le cadre de l'exécution du contrat d'assurance, les données personnelles que nous collectons vont permettre :
 - l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ;
 - la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ;
 - la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ;
 - l'élaboration de statistiques et études actuarielles ;
 - l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
 - la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits
- Vos données personnelles sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, la Mutuelle Valeo met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.
- Différents traitements opérés par les entités du Groupe KLESIA sont basés sur l'intérêt légitime afin de vous apporter les meilleurs produits et services, de continuer à améliorer leur qualité et de mieux vous connaître pour personnaliser les contenus et les services proposés et les adapter à vos besoins. Ils correspondent à :
 - la mise en place d'actions de prévention ;
 - la gestion de notre relation commerciale notamment par le biais d'actions telles qu'un programme de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages, des jeux concours ou des tests produits ou services ;
 - la lutte contre la fraude à l'assurance et les impayés, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA.
 - la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits.

CHAPITRE 10 (SUITE)

Le traitement de vos données de santé

Le traitement des données de santé vous concernant par la Mutuelle Valeo est soumis à votre consentement. Néanmoins, la conclusion du contrat d'assurance vaut recueil du consentement pour le traitement de vos données de santé à des fins de gestion du contrat et de lutte contre la fraude. Pour tout autre service nécessitant le traitement de vos données de santé, un consentement spécifique est recueilli. Dans tous les cas, vos données de santé sont traitées en toute confidentialité et sont exclusivement destinées aux médecins conseils de la Mutuelle Valeo et leurs services médicaux ainsi qu'aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement.

Les décisions automatisées et le profilage

Dans certains cas, la Mutuelle Valeo pourra être amenée à mettre en œuvre des décisions automatisées ou des traitements de profilage fondés sur l'analyse de vos données. Dans chaque cas, la Mutuelle Valeo vous informera spécifiquement et vous permettra de contester une décision automatisée prise à votre égard.

Les destinataires de vos données personnelles

Dans le cadre des traitements la Mutuelle Valeo, vos données peuvent être transmises à différents destinataires listés dans le tableau ci-dessous.

Le transfert de vos données personnelles hors de l'Union Européenne

La Mutuelle Valeo traite vos données personnelles en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, nous vous en informerions spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de vos données personnelles.

Les durées de conservation de vos données personnelles

Vos données personnelles sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire. Les durées de conservation varient en fonction des finalités et sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Vos droits

Vous disposez d'un droit d'accès aux données traitées, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement, à la portabilité de vos données.

Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles que nous traitons de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont

fournies par vous-même et traitées sur la base de votre consentement ou de l'exécution d'un contrat.

Vous pouvez également vous opposer, à tout moment, à un traitement de vos données :

- pour des raisons tenant à votre situation particulière que nous vous remercions d'argumenter ;
- lorsque vos données sont traitées à des fins de prospection, sans avoir à vous justifier.

De plus, si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site :

www.bloctel.gouv.fr

Par ailleurs, vous avez la possibilité :

- de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès ;
- de retirer votre consentement si le traitement de vos données repose uniquement sur celui-ci.

Enfin, le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la CNIL via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de la Mutuelle Valeo.

L'exercice de vos droits auprès de la Mutuelle Valeo

Ces droits peuvent être exercés en justifiant de votre identité et en précisant le droit que vous souhaitez exercer ainsi que tout élément facilitant votre identification.

Pour toute information ou exercice de vos droits relatifs aux traitements de vos données personnelles gérés par la Mutuelle Valeo, vous pouvez contacter son Délégué à la Protection des Données (DPO), par courrier électronique, dpo-mutuelle-valeo@mon-dpo-externe.com

Réclamation auprès de la CNIL

Vous disposez également d'une possibilité d'établir une réclamation près de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>

100 % santé

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

LEXIQUE

Adhérent :

membre du personnel de l'Entreprise relevant de la catégorie de personnel assurée.

Base de remboursement (BR) :

prix unitaire de l'acte médical, majoré ou minoré en fonction des codes associations et modificateurs retenus par la Sécurité sociale en vertu de la codification de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux). Elle sert de base au calcul de la prestation.

Déchéance :

perte du droit de l'adhérent à bénéficier de la garantie en raison du non respect des obligations contractuelles par l'adhérent ou l'Entreprise.

Délai de déclaration du sinistre :

délai durant lequel l'Adhérent ou l'Entreprise doit déclarer le sinistre pour obtenir une éventuelle prise en charge.

Dépassement d'honoraires :

différence entre les frais réels et le tarif de responsabilité ou la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Forfait Hospitalier :

forfait fixé par arrêté ministériel, non remboursé par la Sécurité sociale, supporté par les personnes admises dans les Etablissements hospitaliers ou médico-sociaux.

Forfait patient urgences (FPU) :

Participation du patient aux frais liés à son passage aux urgences dans un établissement de santé. Cette participation n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie

Frais réels :

dépense réellement payée par les bénéficiaires de la garantie pour un acte médical donné.

Honoraires de dispensation

Rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients. Il existe cinq honoraires de dispensation. Selon les cas, la prise en charge de ces honoraires est identique à celle des médicaments auxquels ils se réfèrent, fixée à 70 % ou 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

Honoraire limite de facturation

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Des honoraires limites de facturation (HLF) sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier 100 % santé.

Maladie :

toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations du régime général de la Sécurité sociale.

Médecin traitant :

dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le médecin traitant, choisi par l'assuré, est consulté en priorité par ce dernier et le suit tout au long de son parcours de soins. Il oriente le patient, en cas de besoin, vers un autre praticien, le médecin correspondant.

Médecin correspondant :

dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le médecin correspondant est celui vers lequel le médecin traitant

oriente le patient pour avis. Il peut également assurer des soins programmés avec le médecin traitant ou prendre en charge des séquences de soins spécialisés nécessitées par l'état de santé du patient.

NOEMIE :

« Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs ».

Echanges d'informations entre les caisses nationales des régimes obligatoires d'assurance maladie de la Sécurité sociale et les organismes complémentaires de protection sociale.

OPTAM et OPTAM-ACO :

Depuis le 1^{er} janvier 2017, le contrat d'accès aux soins (CAS) est remplacé par deux options tarifaires : Optam et Optam-ACO. Il s'agit de deux options pratiques tarifaires maîtrisées ouvertes aux médecins de secteur 2. Celles-ci sont plus avantageuses pour les médecins qui acceptent de stabiliser leurs dépassements d'honoraires : l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires. L'option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique (Optam-ACO), est ouverte aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Parcours de soins coordonnés :

parcours, faisant notamment intervenir le médecin traitant, que doit suivre l'assuré pour ne pas supporter certaines pénalités de remboursement de la sécurité sociale.

Prestation :

exécution de la garantie par la Mutuelle.

Prix limite de vente

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers 100 % santé ont, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés

Tarif d'autorité :

en secteur non conventionné, c'est le tarif forfaitaire, fixé par arrêté interministériel, servant de base de remboursement pour les actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec la Sécurité sociale.

Tarif de convention :

base de remboursement des dépenses médicales résultant d'un accord entre la Sécurité sociale et les professions de santé et établissements de soins.

Tarif de responsabilité :

tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements. Il comprend : le tarif de convention, lorsque les soins sont pratiqués par un praticien conventionné ; le tarif d'autorité, lorsque les soins sont pratiqués par un praticien non conventionné.

Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) :

montant qui sert de référence pour le remboursement de certains médicaments de marque, en fonction du prix du générique correspondant.

Ticket modérateur (TM) :

différence entre le tarif de responsabilité ou la base de remboursement de la Sécurité sociale, et le remboursement qu'elle effectue.

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ - 1^{er} janvier 2026 - RÉGIME SALARIÉS Groupe Valeo France
En complément des prestations versées par la Sécurité sociale

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS				
	SOINS COURANTS	Contrat 100	Contrat 200	Contrat 300	Sur-complémentaire 400
HONORAIRES MÉDICAUX					
Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)					
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés					
Consultations et visites de généralistes		50% de la BR	50% de la BR	100% de la BR	-
Consultations et visites de spécialistes		80% de la BR	100% de la BR	300% de la BR	-
Consultations et visites de psychiatres		80% de la BR	130% de la BR	400% de la BR	-
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)					
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés					
Consultations et visites de généralistes		30% de la BR ⁽⁴⁾	30% de la BR ⁽⁴⁾	80% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
Consultations et visites de spécialistes		60% de la BR ⁽⁴⁾	80% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	170% de la BR
Consultations et visites de psychiatres		60% de la BR ⁽⁴⁾	110% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	270% de la BR
Consultations et visites de généralistes et spécialistes non conventionnés					
Consultations et visites de généralistes		30% de la BR ⁽⁴⁾	30% de la BR ⁽⁴⁾	80% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
Consultations et visites de spécialistes		60% de la BR ⁽⁴⁾	80% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	170% de la BR
Consultations et visites de psychiatres		60% de la BR ⁽⁴⁾	110% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	270% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée					
Actes de médecins conventionnés					
Actes techniques médicaux		80% de la BR	80% de la BR	150% de la BR	-
Actes de chirurgie		80% de la BR	80% de la BR	150% de la BR	-
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée					
Actes de médecins conventionnés					
Actes techniques médicaux		60% de la BR ⁽⁴⁾	60% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
Actes de chirurgie		60% de la BR ⁽⁴⁾	60% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
Actes de médecins non conventionnés					
Actes techniques médicaux		60% de la BR ⁽⁴⁾	60% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
Actes de chirurgie		60% de la BR ⁽⁴⁾	60% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX					
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...)		40% de la BR	40% de la BR	40% de la BR	
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie, ...)					
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée					
Imagerie		80% de la BR	110% de la BR	130% de la BR	-
Echographie		80% de la BR	80% de la BR	150% de la BR	-
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée					
Imagerie		60% de la BR ⁽⁴⁾	90% de la BR ⁽⁴⁾	110% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
Echographie		60% de la BR ⁽⁴⁾	60% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE					
Actes remboursés par la SS					
		40% de la BR	40% de la BR	40% de la BR	
MÉDICAMENTS					
Médicaments remboursés par la SS					
		100% du TM	100% du TM	100% du TM	-
MATÉRIEL MÉDICAL inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)					
Matériel médical « 100% Santé » (*)					
		Prise en charge intégrale dans la limite des prix de facturation			
Appareillage : prothèse médicale, accessoires		150% de la BR (dans la limite de 600€ par an et par bénéficiaire) ⁽²⁾	350% de la BR (dans la limite de 700 € par an et par bénéficiaire) ⁽²⁾	350% de la BR (dans la limite de 700 € par an et par bénéficiaire) ⁽²⁾	
Fauteuil roulant		400% de la BR	500% de la BR	500% de la BR	
AUTRES SOINS COURANTS					
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale					
		100% du TM	100% du TM	100% du TM	
HOSPITALISATION					
		Séjour ou ambulatoire (y compris psychiatrie)	Séjour ou ambulatoire (y compris psychiatrie)	Séjour ou ambulatoire (y compris psychiatrie)	
HONORAIRES					
Honoraires - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		70% de la BR	180% de la BR	400% de la BR	
Honoraires - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		50% de la BR ⁽⁴⁾	120% de la BR ⁽⁴⁾	120% de la BR ⁽⁴⁾	280% de la BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER					
		100% des FR	100% des FR	100% des FR	
FRAIS DE SÉJOUR					
Frais de séjour conventionnés					
		70% de la BR	180% de la BR	250% de la BR	
Frais de séjour non conventionnés					
		70% de la BR	70% de la BR	250% de la BR	
AUTRES PRESTATIONS					
Chambre particulière par jour		60 € (hors ambulatoire et maternité)	60 € (hors ambulatoire et maternité)	93 € (hors ambulatoire et maternité)	
Lit d'accompagnant par jour		60 € (enfant de moins de 16 ans)	60 € (enfant de moins de 16 ans)	60 € (enfant de moins de 16 ans)	
FORFAIT ACTES LOURDS					
		100% des FR	100% des FR	100% des FR	
FORFAIT PATIENT URGENCES					
		Prise en charge intégrale	100% des FR	100% des FR	
DENTAIRE					
SOINS					
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)					
		55% de la BR	55% de la BR	55% de la BR	
SOINS ET PROTHÈSES « 100 % SANTÉ »					
Soins et prothèses «100 % Santé» (*)					
		Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	
PROTHÈSES					
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés					
Garantie spécifique pour les inlays onlays		310% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	400% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	500% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	
Garantie spécifique pour les inlays core		400% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	400% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	400% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	
		230% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	230% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	230% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres					
Garantie spécifique pour les inlays onlays		310% de la BR	400% de la BR ⁽¹⁾	500% de la BR ⁽¹⁾	
Garantie spécifique pour les inlays core		400% de la BR	400% de la BR	400% de la BR	
		230% de la BR	230% de la BR	230% de la BR	
Implant (intra-osseux - racine) remboursé ou non par la SS					
Inlays core sur implant (infrastructure coronaire)		500 € par an et par bénéficiaire	500 € par an et par bénéficiaire	700 € par an et par bénéficiaire	
		300 € par an et par bénéficiaire	300 € par an et par bénéficiaire	500 € par an et par bénéficiaire	
AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSES PAR LA SS					
Pilier de bridge sur dent saine		333,25 €	430 € dans la limite de 100% du PMSS par an et par bénéficiaire	537,50 € dans la limite de 100% du PMSS par an et par bénéficiaire	
Prothèses non remboursées par la SS mais codées dans la CCAM et ayant une BR		260% de la BR	260% de la BR	260% de la BR	
ORTHODONTIE					
Orthodontie remboursée par la SS					
		200% de la BR	250% de la BR	300% de la BR	
Orthodontie non remboursée par la SS					
		250% de la BR (enfant ayant débuté le traitement après 16 ans mais avant 18 ans)	300% de la BR (enfant ayant débuté le traitement après 16 ans mais avant 18 ans)	350% de la BR (enfant ayant débuté le traitement après 16 ans mais avant 18 ans)	

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS			
	Contrat 100	Contrat 200	Contrat 300	Sur-complémentaire 400
PLAFOND DENTAIRE (hors soins et prothèses «100 % Santé»)		100% du PMSS par an et par bénéficiaire au titre des actes prothétiques à honoraires maîtrisés et libres et du pilier de bridge sur dent saine	100% du PMSS par an et par bénéficiaire au titre des actes prothétiques à honoraires maîtrisés et libres et du pilier de bridge sur dent saine	
OPTIQUE	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions réglementaires.	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions réglementaires.	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions réglementaires.	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions réglementaires.
ÉQUIPEMENT «100 % SANTÉ» (*)	Monture + 2 verres de tous types (Classe A)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente

ÉQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)

Grille Opti 5 avec hors réseau sur-mesure conforme strictement aux minima de la CCN métallurgie

HORS PANIER 100% SANTÉ	Dans le réseau optique Itelis			Hors réseau optique Itelis		
	Caractéristiques des verres Unifocaux organiques de Marques exclusivement	Caractéristiques des verres Multifocaux organiques de Marques exclusivement	Remboursement incluant RO*	Caractéristiques des verres Unifocaux et Multifocaux	Verre Unifocal	Verre Multifocal
Niveau de correction (cf. détails en annexe)					Remboursement par verre incluant RO*	Remboursement par verre incluant RO*
Faible	Tous types de verres dont : Verre aminci en fonction de la correction Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani Verre sur-mesure Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée Teinte photochromique (fonce au soleil)	Tous types de verres dont : Verre aminci en fonction de la correction Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani Verre sur-mesure Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée Teinte photochromique (fonce au soleil)	Intégral	Variables selon l'opticien	75 €	125 €
Modéré					75 €	125 €
Moyen					75 €	125 €
Élevé					125 €	125 €
Très élevé					125 €	175 €
	Monture jusqu'à 100 €			Monture jusqu'à 100 €		

Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement : remboursement (incluant RO) à hauteur des Prix Limites de Vente.

*Remboursement Obligatoire de l'Assurance Maladie.

Niveau de correction	ANNEXES		
	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre
Faible	Sphère	De -2 à +2	0
	Sphère	De -2 à 0	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De 0 à +2	Strictement supérieur à 0
Modéré	Sphère	De -4 à -2,25 ou de +2,25 à +4	0
	Sphère	De -4 à -2,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +2,25 à +4	Strictement supérieur à 0
Moyen	Sphère	De -6 à -4,25 ou de +4,25 à +6	0
	Sphère	De -6 à -4,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +4,25 à +6	Strictement supérieur à 0
Élevé	Sphère	De -8 à -6,25 ou de +6,25 à +8	0
	Sphère	De -8 à -6,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +6,25 à +8	Strictement supérieur à 0
Très élevé	Sphère	Strictement inférieur à -8 ou strictement supérieur à +8	0
	Sphère	De -8 à 0	Strictement supérieur à +4
	Sphère	Strictement inférieur à -8	Strictement supérieur à 0
	Sphère + Cylindre	Strictement supérieur à +8	Strictement supérieur à 0

PRESTATION D'ADAPTATION

Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente	
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente	

LENTILLES

Lentilles correctrices				
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables) / an / bénéficiaire	200 € ⁽²⁾	200 € ⁽²⁾	300 € ⁽²⁾	
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables) / an / bénéficiaire	200 € (prescription + facture)	205 € (prescription + facture)	300 € (prescription + facture)	

CHIRURGIE REFRACTIVE

Chirurgie de la vision	550 € par oeil (chirurgie de la myopie au laser)	800 € par oeil (chirurgie de la myopie au laser)	1000 € par oeil (chirurgie de la myopie au laser)	
AIDE AUDITIVE	Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille. Pour les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions réglementaires.	Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille. Pour les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions réglementaires.	Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille. Pour les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions réglementaires.	

ÉQUIPEMENT «100 % SANTÉ» (**)

Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	
---	--	--	--	--

AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)				
	Depuis le 1 ^{er} janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS	Depuis le 1 ^{er} janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS	Depuis le 1 ^{er} janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS	
Aide auditive remboursée par la SS	400% de la BR par appareil (3)	500% de la BR par appareil (3)	500% de la BR par appareil (3)	
PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCE				
FORFAIT GLOBAL MÉDECINE DOUCE				
	45 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	45 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	45 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	
Acupuncture	Inclus	Inclus	Inclus	
Ostéopathie	Inclus	Inclus	Inclus	
Chiropractie	Inclus	Inclus	Inclus	
Diététique	Inclus	Inclus	Inclus	
Pédicure	Inclus	Inclus	Inclus	
Podologie	Inclus	Inclus	Inclus	
Etiopathe	Inclus	Inclus	Inclus	
Psychomotricien	Inclus	Inclus	Inclus	
Substituts nicotiniques prescrits et non remboursés par la SS (5)	Inclus	Inclus	Inclus	
PSYCHOLOGIE				
	45 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	45 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	45 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	
DIVERS				
CURES THERMALES				
Cures thermales remboursées par la SS / an / bénéficiaire				
Cures Thermales - Forfait (Honoraires / Transport / Hébergement)	100% du TM + 250 €	100% du TM + 250 €	100% du TM + 250 €	
NAISSANCE - ADOPTION				
Forfait par enfant	450 € limité aux FR (sur facture des frais)	450 € limité aux FR (sur facture des frais)	450 € limité aux FR (sur facture des frais)	
TRANSPORT				
Frais de transport remboursés par la SS	100% du TM	100% du TM	100% du TM	
Cotisation mensuelle Salariés au 1^{er} janvier 2026				
	Isolé : 106,59 € Famille : 136,15 €	Isolé : 121,59 € Famille : 154,91 €	Isolé : 140,53 € Famille : 178,43 €	Isolé : 2,60 € Famille : 7,29 €

Notes :

- (1) Au-delà du plafond, prise en charge à hauteur de 100% du TM + 25% de la BR.
- (2) Au-delà du forfait, prise en charge du TM.
- (3) Au-delà du plafond, prise en charge du TM.
- (4) Pour les bénéficiaires ou les actes pris en charge à 100% par la SS, le barème s'entend sous déduction du TM déjà pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

* : Tels que définis règlementairement / Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-ACO (option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie, chirurgie et obstétrique) / SS : Sécurité sociale / PMS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale / BRR : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / RSS : Remboursement de la Sécurité sociale / FR : Frais réels / TM : Ticket modérateur / TC : Tarif de convention / Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / Honoraires limites de facturation : Dans l'attente de leur mise en oeuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ - 1^{er} janvier 2026 - Valeo - Régimes d'accueil Loi Evin
En complément des prestations versées par la Sécurité sociale

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS				
	SOINS COURANTS	Contrat 100	Contrat 200	Contrat 300	Sur-complémentaire 400
HONORAIRES MÉDICAUX					
Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)					
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés					
Consultations et visites de généralistes		50% de la BR	50% de la BR	100% de la BR	-
Consultations et visites de spécialistes		80% de la BR	100% de la BR	300% de la BR	-
Consultations et visites de psychiatres		80% de la BR	130% de la BR	400% de la BR	-
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)					
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés					
Consultations et visites de généralistes		30% de la BR ⁽⁴⁾	30% de la BR ⁽⁴⁾	80% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
Consultations et visites de spécialistes		60% de la BR ⁽⁴⁾	80% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	170% de la BR
Consultations et visites de psychiatres		60% de la BR ⁽⁴⁾	110% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	270% de la BR
Consultations et visites de généralistes et spécialistes non conventionnés					
Consultations et visites de généralistes		30% de la BR ⁽⁴⁾	30% de la BR ⁽⁴⁾	80% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
Consultations et visites de spécialistes		60% de la BR ⁽⁴⁾	80% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	170% de la BR
Consultations et visites de psychiatres		60% de la BR ⁽⁴⁾	110% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	270% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée					
Actes de médecins conventionnés					
Actes techniques médicaux		80% de la BR	80% de la BR	150% de la BR	-
Actes de chirurgie		80% de la BR	80% de la BR	150% de la BR	-
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée					
Actes de médecins conventionnés					
Actes techniques médicaux		60% de la BR ⁽⁴⁾	60% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
Actes de chirurgie		60% de la BR ⁽⁴⁾	60% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
Actes de médecins non conventionnés					
Actes techniques médicaux		60% de la BR ⁽⁴⁾	60% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
Actes de chirurgie		60% de la BR ⁽⁴⁾	60% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX					
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...)		40% de la BR	40% de la BR	40% de la BR	
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie, ...)					
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée					
Imagerie		80% de la BR	110% de la BR	130% de la BR	-
Echographie		80% de la BR	80% de la BR	150% de la BR	-
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée					
Imagerie		60% de la BR ⁽⁴⁾	90% de la BR ⁽⁴⁾	110% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
Echographie		60% de la BR ⁽⁴⁾	60% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE					
Actes remboursés par la SS		40% de la BR	40% de la BR	40% de la BR	
MÉDICAMENTS					
Médicaments remboursés par la SS		100% du TM	100% du TM	100% du TM	-
MATÉRIEL MÉDICAL inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)					
Matériel médical « 100% Santé » (*)					
		Prise en charge intégrale dans la limite des prix de facturation			
Appareillage : prothèse médicale, accessoires		150% de la BR (dans la limite de 600€ par an et par bénéficiaire) ⁽²⁾	350% de la BR (dans la limite de 700€ par an et par bénéficiaire) ⁽²⁾	350% de la BR (dans la limite de 700€ par an et par bénéficiaire) ⁽²⁾	
Fauteuil roulant		400% de la BR	500% de la BR	500% de la BR	
AUTRES SOINS COURANTS					
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale		100% du TM	100% du TM	100% du TM	
HOSPITALISATION					
		Séjour ou ambulatoire (y compris psychiatrie)	Séjour ou ambulatoire (y compris psychiatrie)	Séjour ou ambulatoire (y compris psychiatrie)	
HONORAIRES					
Honoraires - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		70% de la BR	180% de la BR	400% de la BR	
Honoraires - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		50% de la BR ⁽⁴⁾	120% de la BR ⁽⁴⁾	120% de la BR ⁽⁴⁾	280% de la BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER					
		100% des FR	100% des FR	100% des FR	
FRAIS DE SÉJOUR					
Frais de séjour conventionnés		70% de la BR	180% de la BR	250% de la BR	
Frais de séjour non conventionnés		70% de la BR	70% de la BR	250% de la BR	
AUTRES PRESTATIONS					
Chambre particulière par jour		60 € (hors ambulatoire et maternité)	60 € (hors ambulatoire et maternité)	93 € (hors ambulatoire et maternité)	
Lit d'accompagnant par jour		60 € (enfant de moins de 16 ans)	60 € (enfant de moins de 16 ans)	60 € (enfant de moins de 16 ans)	
FORFAIT ACTES LOURDS					
		100% des FR	100% des FR	100% des FR	
FORFAIT PATIENT URGENCES					
		Prise en charge intégrale	100% des FR	100% des FR	
DENTAIRE					
SOINS					
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)		55% de la BR	55% de la BR	55% de la BR	
SOINS ET PROTHÈSES « 100 % SANTÉ »					
Soins et prothèses «100 % Santé» (*)		Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	
PROTHÈSES					
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés					
Garantie spécifique pour les inlays onlays		310% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	400% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	500% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	
Garantie spécifique pour les inlays core		400% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	400% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	400% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	
Garantie spécifique pour les inlays core		230% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	230% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	230% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres					
Garantie spécifique pour les inlays onlays		310% de la BR	400% de la BR ⁽¹⁾	500% de la BR ⁽¹⁾	
Garantie spécifique pour les inlays core		400% de la BR	400% de la BR	400% de la BR	
Garantie spécifique pour les inlays core		230% de la BR	230% de la BR	230% de la BR	
Implant (intra-osseux - racine) remboursé ou non par la SS					
Inlays core sur implant (infrastructure coronaire)		500 € par an et par bénéficiaire	500 € par an et par bénéficiaire	700 € par an et par bénéficiaire	
		300 € par an et par bénéficiaire	300 € par an et par bénéficiaire	500 € par an et par bénéficiaire	
AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSÉS PAR LA SS					
Pilier de bridge sur dent saine		333,25 €	430 € dans la limite de 100% du PMSS par an et par bénéficiaire	537,50 € dans la limite de 100% du PMSS par an et par bénéficiaire	
Prothèses non remboursées par la SS mais codées dans la CCAM et ayant une BR		260% de la BR	260% de la BR	260% de la BR	
ORTHODONTIE					
Orthodontie remboursée par la SS					
		200% de la BR	250% de la BR	300% de la BR	
Orthodontie non remboursée par la SS					
		250% de la BR (enfant ayant débuté le traitement après 16 ans mais avant 18 ans)	300% de la BR (enfant ayant débuté le traitement après 16 ans mais avant 18 ans)	350% de la BR (enfant ayant débuté le traitement après 16 ans mais avant 18 ans)	

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS			
	Contrat 100	Contrat 200	Contrat 300	Sur-complémentaire 400
PLAFOND DENTAIRE (hors soins et prothèses «100 % Santé»)				
		100% du PMSS par an et par bénéficiaire au titre des actes prothétiques à honoraires maîtrisés et libres et du pilier de bridge sur dent saine	100% du PMSS par an et par bénéficiaire au titre des actes prothétiques à honoraires maîtrisés et libres et du pilier de bridge sur dent saine	
OPTIQUE	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions réglementaires.	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions réglementaires.	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions réglementaires.	

ÉQUIPEMENT «100 % SANTÉ» (*)

Monture + 2 verres de tous types (Classe A)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limités de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limités de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limités de vente	
---	--	--	--	--

ÉQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)

Grille Opti 5 avec hors réseau sur-mesure conforme strictement aux minima de la CCN métallurgie

HORS PANIER 100% SANTÉ	Dans le réseau optique Itelis			Hors réseau optique Itelis		
	Niveau de correction (cf. détails en annexe)	Caractéristiques des verres Unifocaux organiques de Marques exclusivement	Caractéristiques des verres Multifocaux organiques de Marques exclusivement	Remboursement incluant RO**	Caractéristiques des verres Unifocaux et Multifocaux	Verre Unifocal
Remboursement par verre incluant RO*						Remboursement par verre incluant RO*
Faible	Tous types de verres dont : Verre aminci en fonction de la correction Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani Verre sur-mesure Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée Teinte photochromique (fonce au soleil)	Tous types de verres dont : Verre aminci en fonction de la correction Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani Verre sur-mesure Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée Teinte photochromique (fonce au soleil)	Intégral	Variables selon l'opticien	75 e	125 €
Modéré					75 e	125 €
Moyen					75 €	125 €
Élevé					125 €	125 €
Très élevé					125 €	175 €
	Monture jusqu'à 100 €				Monture jusqu'à 100 €	

Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement : remboursement (incluant RO) à hauteur des Prix Limités de Vente.

*Remboursement Obligatoire de l'Assurance Maladie.

ANNEXES			
Niveau de correction	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre
Faible	Sphère	De -2 à +2	0
	Sphère	De -2 à 0	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De 0 à +2	Strictement supérieur à 0
Modéré	Sphère	De -4 à -2,25 ou de +2,25 à +4	0
	Sphère	De -4 à -2,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +2,25 à +4	Strictement supérieur à 0
Moyen	Sphère	De -6 à -4,25 ou de +4,25 à +6	0
	Sphère	De -6 à -4,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +4,25 à +6	Strictement supérieur à 0
Élevé	Sphère	De -8 à -6,25 ou de +6,25 à +8	0
	Sphère	De -8 à -6,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +6,25 à +8	Strictement supérieur à 0
Très élevé	Sphère	Strictement inférieur à -8 ou strictement supérieur à +8	0
	Sphère	De -8 à 0	Strictement supérieur à +4
	Sphère	Strictement inférieur à -8	Strictement supérieur à 0
	Sphère + Cylindre	Strictement supérieur à +8	Strictement supérieur à 0

PRESTATION D'ADAPTATION

Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente	
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente	

LENTILLES				
Lentilles correctrices				
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables) / an / bénéficiaire		200 € ⁽²⁾	200 € ⁽²⁾	300 € ⁽²⁾
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables) / an / bénéficiaire	200 € (prescription + facture)	205 € (prescription + facture)	300 € (prescription + facture)	

CHIRURGIE REFRACTIVE

Chirurgie de la vision	550 € par oeil (chirurgie de la myopie au laser)	800 € par oeil (chirurgie de la myopie au laser)	1000 € par oeil (chirurgie de la myopie au laser)	
AIDE AUDITIVE	Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille. Pour les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions réglementaires.	Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille. Pour les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions réglementaires.	Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille. Pour les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions réglementaires.	

ÉQUIPEMENT «100 % SANTÉ» (*)

Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limités de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limités de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limités de vente	
---	--	--	--	--

AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)

	Depuis le 1 ^{er} janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS	Depuis le 1 ^{er} janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS	Depuis le 1 ^{er} janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS	
--	---	---	---	--

Aide auditive remboursée par la SS	400% de la BR par appareil (3)	500% de la BR par appareil (3)	500% de la BR par appareil (3)	
---	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--

PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCE
FORFAIT GLOBAL MÉDECINE DOUCE

	45 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	45 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	45 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	
Acupuncture	Inclus	Inclus	Inclus	
Ostéopathie	Inclus	Inclus	Inclus	
Chiropractie	Inclus	Inclus	Inclus	
Diététique	Inclus	Inclus	Inclus	
Pédicure	Inclus	Inclus	Inclus	
Podologie	Inclus	Inclus	Inclus	
Etiopathe	Inclus	Inclus	Inclus	
Psychomotricien	Inclus	Inclus	Inclus	
Substituts nicotiques prescrits et non remboursés par la SS (5)	Inclus	Inclus	Inclus	

PSYCHOLOGIE

	45 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	45 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	45 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	
--	---	---	---	--

DIVERS
CURES THERMALES
Cures thermales remboursées par la SS / an / bénéficiaire

Cures Thermales - Forfait (Honoraires / Transport / Hébergement)	100% du TM + 250 €	100% du TM + 250 €	100% du TM + 250 €	
--	--------------------	--------------------	--------------------	--

NAISSANCE - ADOPTION

Forfait par enfant	450 € limité aux FR (sur facture des frais)	450 € limité aux FR (sur facture des frais)	450 € limité aux FR (sur facture des frais)	
---------------------------	---	---	---	--

TRANSPORT

Frais de transport remboursés par la SS	100% du TM	100% du TM	100% du TM	
--	------------	------------	------------	--

** Cotisation mensuelle anciens Salariés au 1^{er} janvier 2026	Isolé : 115,19 € Famille : 233,32 €	Isolé : 140,96 € Famille : 281,94 €	Isolé : 164,53 € Famille : 329,04 €	Isolé : 3,67 € Famille : 7,34 €
--	--	--	--	--

**1^{re} année suivant le départ en retraite du salarié ou pendant toute la durée de suspension selon les points visés au Chapitre 5 de la notice d'information : application pour l'ancien salarié du tarif global (part salariale + part patronale) en vigueur dans l'entreprise, soit 106,59 € en 2026 (Décret du 21 mars 2017 modifiant l'article 4 de la Loi Evin n° 89-1009). Cette disposition ne s'applique pas aux ayants droit ni aux options supplémentaires facultatives (contrats 200 et 300) et à la Surcomplémentaire (contrat 400). Pour toutes les autres situations, application des tarifs du tableau.

Notes : (1) Au-delà du plafond, prise en charge à hauteur de 100% du TM + 25% de la BR.

(2) Au-delà du forfait, prise en charge du TM.

(3) Au-delà du plafond, prise en charge du TM.

(4) Pour les bénéficiaires ou les actes pris en charge à 100% par la SS, le barème s'entend sous déduction du TM déjà pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

* : Tels que définis règlementairement / Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-ACO (option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie, chirurgie et obstétrique) / SS : Sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale / BRR : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / RSS : Remboursement de la Sécurité sociale / FR : Frais réels / TM : Ticket modérateur / TC : Tarif de convention / Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / Honoraires limites de facturation : Dans l'attente de leur mise en oeuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.



Mutuelle Valeo - Vos contacts

Site internet : www.mutuelle-valeo.fr
Application mobile : Ma Mutuelle Valeo
Numéro de téléphone : 01 43 25 25 33