



Complémentaire Santé Obligatoire

Qui sommes- nous ?

Comment souscrire ?

Cotisations Offre Enseignement Privé contrat à adhésion obligatoire

Garanties Offre Enseignement Privé contrat à adhésion obligatoire

Exemples de remboursement et comparatif avec Accord de Branche

Les cas de dispense

Comme vous le savez, la réglementation vous impose, en tant qu'employeur, de mettre en place une complémentaire santé pour tous vos salariés.

Les partenaires sociaux de votre branche ont signé un accord en juin dernier qui définit pour des cotisations données, des niveaux de garantie précis.

Acteur historique de l'enseignement privé depuis plus de 70 ans, la Mutuelle SERVIR vous présente son offre Établissements d'Enseignement Privés conforme à cet accord de branche.

LES + DE L'OFFRE SERVIR :

- *Des prestations améliorées par rapport à celles définies dans l'accord de branche,*
- *Prestations à haut degré de solidarité : des réductions tarifaires, des actions de prévention, des prestations d'action sociale,*
- *Des cotisations plus avantageuses à celles négociées par les partenaires sociaux de votre branche,*
- *Un environnement sécurisé dans le cadre des valeurs mutualistes, piloté par ses adhérents, acteur de la vie de la Mutuelle à la fois comme bénéficiaire et comme décideur,*
- *Le conjoint du salarié bénéficie d'un tarif préférentiel,*
- *Une gestion indépendante centrée sur la qualité du service délivré aux établissements et aux salariés,*
- *La mise en place de partenariats pour une gestion active et fiable,*
- *Un espace en ligne personnalisé pour chaque établissement et salarié,*
- *Un réseau de professionnels de santé, respectant des critères qualitatifs et tarifaires rigoureux,*
- *Portabilité des droits : les anciens salariés dont la cessation ou la rupture du contrat de travail ouvre droit à la prise en charge par le régime d'Assurance Chômage peuvent, sous certaines conditions, continuer à bénéficier des garanties santé de l'établissement pendant un certain temps. Le financement est « mutualisé » avec celui du régime des salariés actifs.*

NOS ENGAGEMENTS DEPUIS 70 ANS : Apporter un service de proximité, de conseil et de confiance, dans une relation tissée au quotidien par une gestion humaine.

Notre Mutuelle dédiée exclusivement aux Personnels de l'Enseignement Privé depuis 1945

70 ANS D'EXPERIENCE A VOTRE SERVICE

Depuis 1945, SERVIR apporte des solutions en complémentaire santé pour le personnel actif ou retraité des Etablissements d'Enseignement Privé.

Actuellement, 70 établissements, 7600 bénéficiaires, accordent leur confiance à SERVIR pour l'avenir compte tenu :

- de sa structure de petite taille qui permet d'être plus proche de leurs besoins,
- de sa connaissance du monde de l'enseignement privé sous contrat depuis 70 ans,
- de sa situation financière extrêmement saine,
- de leur participation à notre fonctionnement par leur représentation aux Assemblées Générales et aux Conseils d'Administration,
- de sa présence nationale,
- et de l'esprit de solidarité qui l'anime.

PARTAGER NOS VALEURS : solidarité, démocratie et transparence.

En tant que Mutuelle régie par le code de la mutualité, SERVIR n'a ni capital social, ni actionnaire à rémunérer. Sa seule finalité est la satisfaction de ses adhérents en leur proposant les meilleurs contrats possibles au meilleur prix et en servant au mieux leurs intérêts. En adhérant à SERVIR, on devient acteur de la vie de la Mutuelle à la fois comme bénéficiaire et comme décideur. Chaque adhérent a un droit de regard sur la politique et la stratégie de la Mutuelle notamment en participant à l'Assemblée Générale.

NOS ENGAGEMENTS : Apporter un service de proximité, de conseil et de confiance, dans une relation tissée au quotidien par une gestion humaine.

AU SERVICE DE VOTRE ETABLISSEMENT

- Des solutions en complémentaire santé pour répondre à vos obligations : La Mutuelle SERVIR a bâti pour les établissements de l'enseignement privé des solutions en complémentaire santé, sûres, construites et pilotées par elle-même en conformité avec les dernières réglementations pour garantir la maîtrise des dépenses et des tarifs en accord avec ses valeurs de solidarité et de partage.
- Une relation adhérent au cœur de nos préoccupations : pas de plateforme téléphonique, des collaborateurs dédiés à votre service pour vous accompagner et vous conseiller, une équipe stable qui connaît vos contrats et les spécificités de vos garanties, formée pour répondre à l'ensemble de vos problématiques et celles de vos salariés.
- Un espace en ligne personnalisé vous permettant d'inscrire ou radier vos salariés, modifier leurs données ou consulter leurs mouvements en quelques clics.
- La mise en place de partenariats pour une gestion active et fiable.

AU SERVICE DE VOS SALARIES

- Une couverture santé à tarifs avantageux assortie d'une liberté d'option supplémentaire individuelle.
- Possibilité d'assurer le conjoint et les enfants à charge par un contrat facultatif.
- Délais de remboursement : 48 heures dans 95% des cas.
- Tiers payant : Dès votre adhésion, vos salariés recevront une carte de tiers-payant « Carte Blanche ». Elle leur permet de ne pas avancer d'argent, dans la limite des garanties prévues au contrat et selon les accords passés (Pharmacie, Hôpitaux, Centres de Soins, Laboratoires d'Analyses, Radiologie, Opticiens et Dentistes agréés ...).
- Un réseau de professionnels de santé, respectant des critères qualitatifs et tarifaires rigoureux.
- Un espace en ligne dédié pour chaque salarié.
- Un accompagnement téléphonique personnalisé : ce sont les mêmes gestionnaires qui accompagnent vos salariés au quotidien pour comprendre et gérer leurs dépenses et leurs garanties.
- Un fonds d'entraide est accessible à chacun des salariés.
- Un service de téléconsultation médical.

Les composants de l'offre SERVIR

6 niveaux de garanties au choix de l'établissement et des options à adhésion facultative pour les salariés, intégralement à leur charge et sans aucune démarche administrative supplémentaire pour votre établissement.

Les plus de l'offre SERVIR :

Dès la 1^{ère} garantie SERVIR vous propose une couverture pour l'essentiel des soins de vos salariés : dépassements d'honoraires des spécialistes, optique, dentaire, chambre particulière... y compris des forfaits pour des prestations complémentaires (médecine douce, vaccin anti grippe, sevrage tabagique, prothèses médicales, prothèses auditives, bilan nutritionnel).



Souscrire un contrat Complémentaire santé obligatoire

C'est simple ! Votre souscription se passe en 2 étapes :

1- Déterminez

a - Votre niveau de garantie

Vous avez le choix entre 6 niveaux, le « soins 1 » correspondant à l'obligation prévue par l'accord de branche. Les primes sont inférieures à celles de l'accord de branche pour des garanties supérieures. (Voir tableau des prestations et des cotisations ci-après).

b - Votre participation

La réglementation impose que l'employeur prenne en charge au minimum 50% de la cotisation du salarié. L'accord de branche stipule que cette participation ne peut être inférieure à 50 % de la cotisation servant à financer le Régime socle. Vous pouvez cependant choisir d'aller au-delà de votre obligation en prenant en charge jusqu'à 100% de la part obligatoire du salarié seul.

2- Contactez SERVIR

Pour convenir d'un rendez-vous, si vous le souhaitez, pour vous apporter des réponses à vos interrogations.

ou

Pour faire une demande d'adhésion à la Mutuelle SERVIR.

Un contrat est établi en fonction de votre demande et vous est envoyé.

Il ne vous reste plus qu'à le retourner signé à la Mutuelle SERVIR.

La mise en place du contrat

Dès la souscription, un kit vous est envoyé pour vous aider dans la mise en place du contrat.

Ce kit comprend un guide de l'employeur, la notice d'information, les bulletins d'affiliation, etc.

Notre équipe est à votre disposition pour répondre à vos interrogations et vous accompagner étape par étape.



Accueil et Renseignements
Par téléphone : 04 91 19 12 80
Par e-mail : gestion@mutuelleservir.fr
Par courrier :
Mutuelle SERVIR
Parc de l'Angevinière
Chemin de l'Aumône Vieille -
13678 AUBAGNE CEDEX
Site : www.mutuelleservir.fr

Le saviez-vous ?

**La Mutuelle SERVIR peut également proposer aux enseignants rémunérés par l'Etat de votre établissement une couverture santé facultative intégralement à leur charge.
7 niveaux de garanties au choix dès 25,20 € par mois.**

COTISATIONS OFFRE ENSEIGNEMENT PRIVE OBLIGATOIRE

REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE

DES COTISATIONS ADAPTEES A VOTRE BUDGET : La Mutuelle SERVIR peut protéger l'ensemble de vos salariés et leur famille. Selon votre situation et vos besoins, nous pouvons vous proposer plusieurs structures de cotisations avec la possibilité d'options supplémentaires individuelles :

- **Adulte – enfant :** la cotisation dépend de la composition de la famille du salarié. Elle est directement proportionnelle au nombre de personnes couvertes.
- **Isolé - famille :** la cotisation dépend de la situation familiale du salarié (célibataire sans enfant à charge ou s'il a une famille).

L'adhérent et ses ayants droit peuvent bénéficier d'extensions de garanties en souscrivant à l'une des options facultatives. Le choix du niveau de garantie se fait au moment de la mise en place du régime ou à l'embauche.

Les ayants droit souhaitant rejoindre le régime devront respecter les principes de symétrie et d'automatisme.

Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée égale ou inférieure à 12 mois et les salariés pour lesquels la cotisation représente au moins 10% de leurs rémunérations brutes bénéficient d'une réduction tarifaire (selon les conditions prévues au contrat).

<p>Les composants de l'offre SERVIR : 6 niveaux de garanties au choix de l'entreprise et 5 options à adhésion facultative pour les salariés, intégralement à leur charge et sans aucune démarche administrative supplémentaire pour votre établissement :</p>				Des options facultatives à choisir par le salarié à titre individuel				
			Option soins 2	Option soins 3	Option soins 4	Option soins 5	Option soins 6	
		SOINS 1						
		SOINS 2						
		SOINS 3						
		SOINS 4						
SOINS 5								
<p>Une couverture santé à choisir par l'établissement</p>								
<p>Exemple : l'établissement souscrit aux soins 2. Vos salariés auront dans ce cas la possibilité de compléter par une option à titre individuel à choisir parmi les options 3, 4, 5 ou 6.</p>								

Salarié en activité adulte/enfant Régime général de la sécurité sociale (options en complément du régime de base déterminé par l'établissement)						
Cotisations mensuelles 2018 (*)	SOINS 1	option soins 2	option soins 3	option soins 4	option soins 5	option soins 6
Adulte	37,17 €	9,37 €	17,94 €	24,90 €	31,49 €	39,37 €
Conjoint	37,17 €	9,37 €	17,94 €	24,90 €	31,49 €	39,37 €
Enfant (gratuit à partir du 3ème enfant)	20,45 €	5,15 €	9,87 €	13,69 €	17,31 €	21,65 €
Cotisations mensuelles 2018 (*)		SOINS 2	option soins 3	option soins 4	option soins 5	option soins 6
Adulte		45,14 €	8,57 €	15,52 €	22,11 €	29,85 €
Conjoint		45,14 €	8,57 €	15,52 €	22,11 €	29,85 €
Enfant (gratuit à partir du 3ème enfant)		24,83 €	4,72 €	8,54 €	12,16 €	16,42 €
Cotisations mensuelles 2018 (*)			SOINS 3	option soins 4	option soins 5	option soins 6
Adulte			52,42 €	6,95 €	13,54 €	21,14 €
Conjoint			52,42 €	6,95 €	13,54 €	21,14 €
Enfant (gratuit à partir du 3ème enfant)			29,82 €	3,82 €	7,45 €	11,63 €
Cotisations mensuelles 2018 (*)				SOINS 4	option soins 5	option soins 6
Adulte				58,35 €	6,59 €	14,08 €
Conjoint				58,35 €	6,59 €	14,08 €
Enfant (gratuit à partir du 3ème enfant)				32,09 €	3,63 €	7,74 €
Cotisations mensuelles 2018 (*)					SOINS 5	option soins 6
Adulte					63,60 €	7,37 €
Conjoint					63,60 €	7,37 €
Enfant (gratuit à partir du 3ème enfant)					34,98 €	4,06 €

Cotisations Contrat à Adhésion Obligatoire isolé/famille Régime général de la sécurité sociale Régime général de la sécurité sociale (options en complément du régime de base déterminé par l'établissement)						
Cotisations mensuelles 2018 (*)	SOINS 1	option soins 2	option soins 3	option soins 4	option soins 5	option soins 6
isolé	37,17 €	9,37 €	17,94 €	24,90 €	31,49 €	39,98 €
famille	81,78 €	28,12 €	53,83 €	74,69 €	94,46 €	118,11 €
Cotisations mensuelles 2018 (*)		SOINS 2	option soins 3	option soins 4	option soins 5	option soins 6
isolé		45,14 €	8,57 €	15,52 €	22,11 €	29,85 €
famille		99,32 €	25,71 €	46,57 €	66,34 €	89,54 €
Cotisations mensuelles 2018 (*)			SOINS 3	option soins 4	Option soins 5	Option soins 6
isolé			52,42 €	6,95 €	13,54 €	21,14 €
famille			115,32 €	18,08 €	40,63 €	63,42 €
Cotisations mensuelles 2018 (*)				SOINS 4	option soins 5	option soins 6
isolé				58,35 €	6,59 €	14,08 €
famille				128,37 €	17,14 €	42,23 €
Cotisations mensuelles 2018 (*)					SOINS 5	option soins 6
isolé					63,60 €	7,37 €
famille					139,93 €	22,13 €

(*) Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes. L'adhérent bénéficie au minimum des garanties définies au contrat.

GARANTIES OFFRE ENSEIGNEMENT PRIVE OBLIGATOIRE

Personnels relevant de l'Accord collectif relatif à la mise en place du régime frais de santé dénommé EEP Santé

MONTANT DES PRESTATIONS (1)

NATURE DES SOINS	SOINS 1	SOINS 2	SOINS 3	SOINS 4	SOINS 5	SOINS 6
		(Y compris régime SOINS 1)	(Y compris régime SOINS 1)	(Y compris régime SOINS 1)	(Y compris régime SOINS 1)	(Y compris régime SOINS 1)
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTETRICALE (*)						
Frais de séjour (**)	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR
Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux (**)						
- Praticien signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO (2)	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 350 % BR
-- Praticien signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO (2)	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
(*) Y compris hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile.						
(**) Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité Sociale), aux frais de salle d'opération, à la pharmacie, aux autres frais médicaux, y compris participation forfaitaire de 18 € pour les actes dont le tarif est supérieur à 120 € ou ayant un coefficient K>60.						
Forfait Journalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
Chambre particulière (y compris maternité)	30 €/jour limité à 60 jours par an	1,5 % du PMSS (3) / jour	2 % du PMSS (3) / jour	2,5 % du PMSS (3) / jour	2,5 % du PMSS (3) / jour	3,5 % du PMSS (3) / jour
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans	20€/jour	1 % du PMSS 3/ jour	1,5 % du PMSS 3/ jour	2 % du PMSS 3/ jour	2 % du PMSS 3/ jour	2 % du PMSS 3/ jour
LES FRAIS DE TRANSPORT DU MALADE EN VEHICULE SANITAIRE	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 75 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR
PHARMACIE (y compris VACCINS remboursés par la Sécurité Sociale)	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
VACCINS prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non remboursés par la Sécurité Sociale)	10 € par an et par bénéficiaire	10 € par an et par bénéficiaire	10 € par an et par bénéficiaire	10 € par an et par bénéficiaire	10 € par an et par bénéficiaire	10 € par an et par bénéficiaire
MEDICAMENTS prescrits mais non pris en charge par la Sécurité Sociale				FR 100 € / an / bénéficiaire	FR 100 € / an / bénéficiaire	FR 120 € / an / bénéficiaire
CONSULTATIONS – VISITES (de généralistes)						
- Praticien signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO (2)	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 75 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 350 % BR
-- Praticien signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO (2)	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 55 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
CONSULTATIONS / VISITES (de spécialistes, de neuropsychiatres)						
- Praticien signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO (2)	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 70 % BR	100 % TM + 110 % BR	100 % TM + 160 % BR	100 % TM + 250 % BR	100 % TM + 350 % BR
-- Praticien signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO (2)	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 90 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ET ACTES DE CHIRURGIE						
- Praticien signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO (2)	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 60 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 250 % BR	100 % TM + 350 % BR
-- Praticien signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO (2)	100 % TM	100 % TM + 40 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
ACTES PRATIQUÉS PAR LES AUXILIAIRES MÉDICAUX (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 75 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
ANALYSES MÉDICALES ET TRAVAUX DE LABORATOIRE	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 70 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
ACTES D'IMAGERIE, ÉCHOGRAPHIE ET DOPPLER						
- Praticien signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO (2)	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 75 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR
-- Praticien signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO (2)	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 55 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
SOINS DENTAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE						
Consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie	100 % TM	100 % TM + 60 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR
Inlays onlays d'obturation	100 % TM	100 % TM + 60 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR

NATURE DES SOINS	SOINS 1	SOINS 2	SOINS 3	SOINS 4	SOINS 5	SOINS 6
		(Y compris régime SOINS 1)	(Y compris régime SOINS 1)	(Y compris régime SOINS 1)	(Y compris régime SOINS 1)	(Y compris régime SOINS 1)
PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE						
Prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations) remboursés par la Sécurité sociale	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 180 % BR	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 300 % BR	100 % TM + 400 % BR
. inlays core	100 % TM + 95 % BR	100 % TM + 125 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 175 % BR	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 200 % BR
ACTES DENTAIRES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE						
Piliers de bridge sur dent saine, par pilier	100 % BR reconstituée (BR = 107,50 €)	150 % BR reconstituée (BR = 107,50 €)	175 % BR reconstituée (BR = 107,50 €)	200 % BR reconstituée (BR = 107,50 €)	250 % BR reconstituée (BR = 107,50 €)	300 % BR reconstituée (BR = 107,50 €)
Implants dentaires, par implant	-	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	450 € / an / bénéficiaire	600 € / an / bénéficiaire	800 € / an / bénéficiaire
Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale et lambeau)	-	100 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire	400 € / an / bénéficiaire
FRAIS D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE (ORTHODONTIE)						
Actes pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 250 % BR	100 % TM + 300 % BR	100 % TM + 350 % BR
Actes non pris en charge par la Sécurité	100 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)	150 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)	175 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)	200 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)	225 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)	300 % BR reconstituée (BR = 193,50 €)
PROTHÈSES AUDITIVES	100 % TM majoré de 200 € / oreille / an / bénéficiaire	100 % TM majoré de 200 € / oreille / an / bénéficiaire	100 % TM majoré de 250 € / oreille / an / bénéficiaire	100 % TM majoré de 300 € / oreille / an / bénéficiaire	100 % TM majoré de 350 € / oreille / an / bénéficiaire	100 % TM majoré de 400 € / oreille / an / bénéficiaire
ORTHOPÉDIE, AUTRES PROTHÈSES NON DENTAIRES ET NON AUDITIVES	100 % TM + 25 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 75 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 125 % BR	100 % TM + 150 % BR
OPTIQUE						
pour un verre						
. Verre simple foyer, sphérique (4)						
➤ Sphère de - 6 à + 6	60 €	adulte 90 € / enfant 80 €	adulte 100 € / enfant 85 €	adulte 110 € / enfant 90 €	adulte 120 € / enfant 95 €	adulte 120 € / enfant 110 €
➤ Sphère de - 6,25 à - 10 ou + 6,25 à 10	80 €	adulte 100 € / enfant 90 €	adulte 110 € / enfant 95 €	adulte 120 € / enfant 100 €	adulte 130 € / enfant 105 €	adulte 130 € / enfant 120 €
➤ Sphère < - 10 ou > + 10	85 €	adulte 110 € / enfant 100 €	adulte 120 € / enfant 105 €	adulte 130 € / enfant 115 €	adulte 140 € / enfant 120 €	adulte 140 € / enfant 130 €
. Verre simple foyer, sphéro-cylindrique (4)						
➤ Cylindrique < + 4 sphère de - 6 à + 6	70 €	adulte 100 € / enfant 90 €	adulte 110 € / enfant 95 €	adulte 120 € / enfant 100 €	adulte 130 € / enfant 105 €	adulte 130 € / enfant 120 €
➤ Cylindrique < + 4 sphère < - 6 ou > + 6	80 €	adulte 110 € / enfant 100 €	adulte 120 € / enfant 110 €	adulte 130 € / enfant 120 €	adulte 140 € / enfant 130 €	adulte 140 € / enfant 130 €
➤ Cylindrique > + 4 sphère de - 6 à + 6	100 €	adulte 130 € / enfant 120 €	adulte 140 € / enfant 125 €	adulte 150 € / enfant 135 €	adulte 160 € / enfant 140 €	adulte 160 € / enfant 140 €
➤ Cylindrique > + 4 sphère de < - 6 ou > + 6	120 €	adulte 140 € / enfant 130 €	adulte 150 € / enfant 135 €	adulte 160 € / enfant 140 €	adulte 170 € / enfant 150 €	adulte 170 € / enfant 160 €
. Verre multi-focal ou progressif sphérique (4)						
➤ Sphère de - 4 à + 4	130 €	adulte 150 € / enfant 150 €	adulte 160 € / enfant 160 €	adulte 190 € / enfant 190 €	adulte 200 € / enfant 190 €	adulte 210 € / enfant 210 €
➤ Sphère < - 4 ou > + 4	150 €	adulte 170 € / enfant 170 €	adulte 190 € / enfant 170 €	adulte 210 € / enfant 210 €	adulte 240 € / enfant 210 €	adulte 240 € / enfant 230 €
. Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique (4)						
➤ Sphère de - 8 à + 8	160 €	adulte 180 € / enfant 180 €	adulte 200 € / enfant 180 €	adulte 220 € / enfant 220 €	adulte 240 € / enfant 220 €	adulte 240 € / enfant 240 €
➤ Sphère < - 8 ou > + 8	200 €	adulte 220 € / enfant 220 €	adulte 240 € / enfant 220 €	adulte 260 € / enfant 260 €	adulte 280 € / enfant 260 €	adulte 280 € / enfant 280 €
Monture (4)	FR 60 €	FR 100 €	FR 130 €	FR 140 €	FR 150 €	FR 150 €
Lentilles (remboursées et non remboursées par la Sécurité sociale et jetables)	2 % du PMSS (5) / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	3 % du PMSS (5) / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	4 % du PMSS (5) / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	5 % du PMSS (5) / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	7 % du PMSS (5) / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles	8 % du PMSS (5) / bénéficiaire / année civile pour l'ensemble desdites lentilles
Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser	-	10 % du PMSS (6) / œil	15 % du PMSS (6) / œil	25 % du PMSS (6) / œil	25 % du PMSS (6) / œil	25 % du PMSS (6) / œil

NATURE DES SOINS	SOINS 1	SOINS 2	SOINS 3	SOINS 4	SOINS 5	SOINS 6
		(Y compris régime SOINS 1)	(Y compris régime SOINS 1)	(Y compris régime SOINS 1)	(Y compris régime SOINS 1)	(Y compris régime SOINS 1)
INDEMNITÉS FORFAITAIRES						
Maternité	FR 50 €	10 % du PMSS (7)	10 % du PMSS (7)	15 % du PMSS (7)	15 % du PMSS (7)	20 % du PMSS (7)
Cures Thermales (dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transports et de séjours)	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR
	-	+ 5 % du PMSS (8)	+ 5 % du PMSS (8)	+10 % du PMSS (8)	+10 % du PMSS (8)	+15 % du PMSS (8)
MEDECINE DOUCE (consultations non prises en charge par la Sécurité Sociale)						
Consultations d'OSTÉOPATHIE, de CHIROPRAxie, d'ACUPUNCTURE, ou d'ETIOPATHIE (***)	Remboursement global de 40 € /séance (maxi 2 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 3 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 3 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 5 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 40 € / séance (maxi 5 séances / année civile / bénéficiaire)	Remboursement global de 50 € / séance (maxi 5 séances / année civile / bénéficiaire)
(***) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC). Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins. Les étioopathes doivent être inscrits sur le Registre National des Etiopathes.						
PRESTATIONS DE PRÉVENTION						
Actes figurant dans la liste de la Haute Autorité de Santé (9)	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Bilan nutritionnel	FR 50 € /an/bénéficiaire	FR 65 € /an/bénéficiaire	FR 75 € /an/bénéficiaire	FR100 € /an/bénéficiaire	FR 125 € /an/bénéficiaire	FR 125 € /an/bénéficiaire
Sevrage tabagique	FR 50 € /an/bénéficiaire	FR 65 € /an/bénéficiaire	FR 75 € /an/bénéficiaire	FR100 € /an/bénéficiaire	FR 125 € /an/bénéficiaire	FR 125 € /an/bénéficiaire
ASSISTANCE SANTE (10), MEDECIN DIRECT (téléconsultation médical MEDAVIZ) ET FONDS D'ENTRAIDE	oui	oui	oui	oui	oui	oui
GARANTIE OBSEQUES (11)	-	FR 100	FR 200	FR 300	FR 400	FR 400

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale ; **OPTAM** : OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (anciennement CAS = Contrat d'Accès aux soins) /OPTAM CO = OPTAM pour les spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique; **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 311€ en 2018); **TM** : Ticket modérateur ; **FR** : forfait

(1) Contrat Responsable : le contrat respectant les obligations visées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses différents textes d'application. Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés par l'assuré. Les prestations en pourcentage sont exprimées par rapport à la base de remboursement de la Sécurité sociale. Les prestations en euros correspondent au remboursement de la mutuelle uniquement et n'incluent pas le remboursement éventuel de la Sécurité sociale. Les forfaits s'entendent par bénéficiaire.

(2) Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM ET OPTAM CO. L'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), qui a remplacé le Contrat d'accès aux soins (CAS) est un contrat signé entre l'Assurance maladie et des médecins conventionnés exerçant (ou ayant la possibilité d'exercer) en secteur 2. En souscrivant à l'une ou l'autre de ces options, le médecin s'engage à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement. Pour savoir si votre médecin est signataire, vous pouvez consulter directement le site annuaire.sante.ameli.fr.

(3) En vigueur au 1er jour de l'hospitalisation

(4) La prise en charge par l'organisme est limitée à un équipement optique. (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique du bénéficiaire. Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation s'applique annuellement. La modification de la correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans. Le cumul des garanties des verres et de la monture ne peut pas être inférieur aux minima imposés par l'article L911-7 du code de la Sécurité Sociale.

(5) En vigueur au jour de la dépense

(6) En vigueur au jour de l'intervention

(7) En vigueur à la date de la naissance

(8) En vigueur au 1er jour de la cure

(9) La liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale comprend les prestations de prévention suivantes :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).

3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

4. Dépistage de l'hépatite B (Codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

a) Audiométrie tonale et vocale (CDQP010) ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.

7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) Haemophilus influenzae B ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

(10) Des services d'orientation pour savoir qui et où consulter : annuaires de professionnels de santé, classement des hôpitaux et des établissements spécialisés dans le traitement du cancer (service Guidhospi).

Des services de prévention pour entretenir sa santé : informations santé, newsletters, conseils, guides, coaching santé (nutrition, tabac, mémoire...).

(11) uniquement pour les membres participants en activité dans un établissement et ses ayants droit.

QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT ET COMPARATIF AVEC ACCORD DE BRANCHE EEP SANTE

POUR BIEN COMPRENDRE LES GARANTIES :

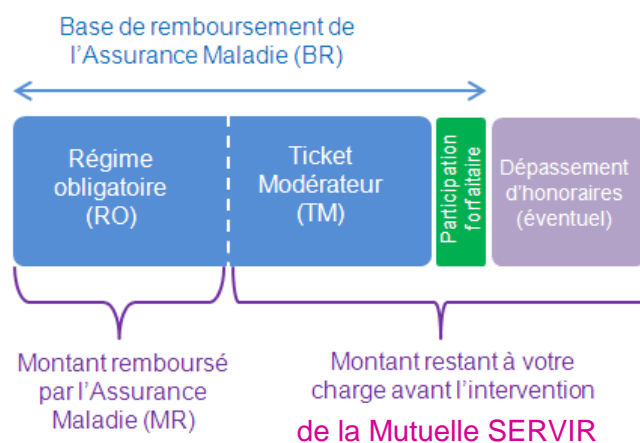
PETIT LEXIQUE :

AM : Assurance Maladie.

BR : Base de Remboursement retenue par l'Assurance Maladie pour le versement des prestations après application des coefficients modificateurs.

FR : Frais Réels, montant total de la dépense de santé.

TM : Ticket Modérateur. Il s'agit de la différence entre la Base de Remboursement et le Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie



► Consultation spécialiste signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO

dépenses : 70 €

Garantie	Assurance Maladie		SERVIR		RESTE A CHARGE (1)
	Base de Remboursement	Montant remboursé (1)	Votre garantie	Prise en charge	
Soins 1	25,00 €	16,50 €	TM + 20 % BR	12,50 €	41,00 €
Soins 2	25,00 €	16,50 €	TM + 70 % BR	25,00 €	28,50 €
Soins 3	25,00 €	16,50 €	TM + 110% BR	35,00 €	18,50 €
Soins 4	25,00 €	16,50 €	TM + 160 % BR	47,50 €	6,00 €
Soins 5	25,00 €	16,50 €	TM + 250 % BR	52,50 €	1,00 €
Soins 6	25,00 €	16,50 €	TM + 350 % BR	52,50 €	1,00 €

(1) La participation forfaitaire de 1€ restant à la charge de l'affilié est déduite du remboursement de l'AM.

► Consultation spécialiste non signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO

dépenses : 70 €

Garantie	Assurance Maladie		SERVIR		RESTE A CHARGE (1)
	Base de Remboursement	Montant remboursé (1)	Votre garantie	Prise en charge	
Soins 1	23,00 €	15,10 €	TM	6,90 €	48,00 €
Soins 2	23,00 €	15,10 €	TM + 50 % BR	18,40 €	36,50 €
Soins 3	23,00 €	15,10 €	TM + 90% BR	27,60 €	27,30 €
Soins 4	23,00 €	15,10 €	TM + 100 % BR	29,90 €	25,00 €
Soins 5	23,00 €	15,10 €	TM + 100 % BR	29,90 €	25,00 €
Soins 6	23,00 €	15,10 €	TM + 100 % BR	29,90 €	25,00 €

(1) La participation forfaitaire de 1€ restant à la charge de l'affilié est déduite du remboursement de l'AM.

► Prothèse dentaire dentoportée céramométallique (HBLD036)

dépense : 476 €

Garantie	Assurance Maladie		SERVIR		RESTE A CHARGE
	Base de Remboursement	Montant remboursé	Votre garantie	Prise en charge	
Soins 1	107,50 €	75,25 €	TM + 100 % BR	139,75 €	261,00 €
Soins 2	107,50 €	75,25 €	TM + 150 % BR	193,50 €	207,25 €
Soins 3	107,50 €	75,25 €	TM + 180 % BR	225,75 €	175,00 €
Soins 4	107,50 €	75,25 €	TM + 200 % BR	247,25 €	153,50 €
Soins 5	107,50 €	75,25 €	TM + 300 % BR	354,75 €	46,00 €
Soins 6	107,50 €	75,25 €	TM + 400 % BR	400,75 €	0,00 €

► 1 semestre d'orthodontie prise en charge par la sécurité sociale

dépense : 700 €

Garantie	Assurance Maladie		SERVIR		RESTE A CHARGE
	Base de Remboursement	Montant remboursé	Votre garantie	Prise en charge	
Soins 1	193,50 €	193,50 €	TM + 100 % BR	193,50 €	313,00 €
Soins 2	193,50 €	193,50 €	TM + 150 % BR	290,25 €	216,25 €
Soins 3	193,50 €	193,50 €	TM + 200 % BR	387,00 €	119,50 €
Soins 4	193,50 €	193,50 €	TM + 250 % BR	483,75 €	22,75 €
Soins 5	193,50 €	193,50 €	TM + 300 % BR	506,50 €	0,00 €
Soins 6	193,50 €	193,50 €	TM + 350 % BR	506,50 €	0,00 €

► Optique : un équipement de lunettes adulte

dépense : 410 €

(Monture 170 € et verre simple foyer sphère de -6,00 à +6,00 120 € x2)

Garantie	Assurance Maladie		SERVIR	RESTE A CHARGE
	Base de Remboursement	Montant remboursé	Prise en charge	
Soins 1	7,42 €	4,45 €	180,00 €	225,55 €
Soins 2	7,42 €	4,45 €	280,00 €	125,55 €
Soins 3	7,42 €	4,45 €	330,00 €	75,55 €
Soins 4	7,42 €	4,45 €	360,00 €	45,55 €
Soins 5	7,42 €	4,45 €	390,00 €	15,55 €
Soins 6	7,42 €	4,45 €	390,00 €	15,55 €

► **Optique : un équipement de lunettes adulte**

dépense : 650 €

(Monture 170 € et verre multifocal ou progressif sphère de -4,00 à +4,00 240 € x2)

Garantie	Assurance Maladie		SERVIR	RESTE A CHARGE
	Base de Remboursement	Montant remboursé	Prise en charge	
Soins 1	17,48 €	10,48 €	320 €	319,52 €
Soins 2	17,48 €	10,48 €	400 €	239,52 €
Soins 3	17,48 €	10,48 €	450 €	189,52 €
Soins 4	17,48 €	10,48 €	520 €	119,52 €
Soins 5	17,48 €	10,48 €	550 €	89,52 €
Soins 6	17,48 €	10,48 €	570 €	69,52 €

► **Implant dentaire**

dépense : 800 €

Garantie	Assurance Maladie		SERVIR	RESTE A CHARGE
	Base de Remboursement	Montant remboursé	Prise en charge	
Soins 1	0,00 €	0,00 €	0,00 €	800,00 €
Soins 2	0,00 €	0,00 €	150,00 €	650,00 €
Soins 3	0,00 €	0,00 €	300,00 €	500,00 €
Soins 4	0,00 €	0,00 €	450,00 €	350,00 €
Soins 5	0,00 €	0,00 €	600,00 €	200,00 €
Soins 6	0,00 €	0,00 €	800,00 €	0,00 €

► **Hospitalisation : chambre particulière**

dépense : 70 € /jour

Garantie	Assurance Maladie		SERVIR		RESTE A CHARGE
	Base de Remboursement	Montant remboursé	Votre garantie	Prise en charge	
Soins 1	0,00 €	0,00 €	30 € /jour	30,00 €	40,00 €
Soins 2	0,00 €	0,00 €	1,5 % du PMSS (1)	49,66 €	20,34 €
Soins 3	0,00 €	0,00 €	2 % du PMSS (1)	66,22 €	3,78 €
Soins 4	0,00 €	0,00 €	2,5 % du PMSS (1)	70,00 €	0,00 €
Soins 5	0,00 €	0,00 €	2,5 % du PMSS (1)	70,00 €	0,00 €
Soins 6	0,00 €	0,00 €	3,5 % du PMSS (1)	70,00 €	0,00 €

(1) En vigueur au 1er jour de l'hospitalisation : au 1^{er} janvier 2018 3 311 €



Accueil et Renseignements

Par téléphone : 04 91 19 12 80 Par e-mail : gestion@mutuelleservir.fr

Par courrier : Mutuelle SERVIR - Parc de l'Angevinière- Chemin de l'Aumône Vieille -13678 AUBAGNE Cedex

Site : www.mutuelleservir.fr