



Barème ENTs 2026

Barème de prestations	ENTS 2	ENTS 3	ENTS 4
	Remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle		
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, maternité)			
Frais de structure et de soins	100 % Br	100 % Br	100 % Br
Honoraires (y compris 24 € sur acte > 120€) OPTAM ^{(1) (2)}	200 % Br	250 % Br	300 % Br
Honoraires (y compris 24 € sur acte > 120€) NON OPTAM ^{(1) (2)}	100 % Br	200 % Br	200 % Br
Forfait journalier ⁽⁴⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière ⁽³⁾	40 €/jour	80 €/jour	100 €/jour
Frais d'accompagnant enfant jusqu'à 16 ans (45 jours / an)	30 €/jour	40 €/jour	60 €/jour
SOINS COURANTS			
Consultation / visite généraliste OPTAM ⁽¹⁾	150 % Br	250 % Br	300 % Br
Consultation / visite généraliste NON OPTAM ⁽¹⁾	130 % Br	200 % Br	200 % Br
Consultation / visite spécialiste OPTAM ⁽¹⁾	200 % Br	250 % Br	300 % Br
Consultation / visite spécialiste NON OPTAM ⁽¹⁾	180 % Br	200 % Br	200 % Br
Actes de chirurgie, d'anesthésie, actes techniques, imagerie OPTAM ⁽¹⁾	200 % Br	250 % Br	300 % Br
Actes de chirurgie, d'anesthésie, actes techniques, imagerie NON OPTAM ⁽¹⁾	180 % Br	200 % Br	200 % Br
Franchise 24 € pour acte >120 €	OUI	OUI	OUI
Biologie / Auxiliaires médicaux	200 % Br	300 % Br	400 % Br
Transport	100 % Br	100 % Br	100 % Br
Pharmacie (vignettes : blanches, bleues, orange)	100 % Br	100 % Br	100 % Br
Orthopédie, petits et gros appareillages	200 % Br	400 % Br	600 % Br
DENTAIRE ⁽⁵⁾			
Soins & Prothèses Dentaires 100% Santé*	Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé		
Soins dentaires à prix modéré ou à prix libre	200 % Br	250 % Br	300 % Br
Prothèse dentaire visible remboursée par le RO	200 % Br	300 % Br	400 % Br
Prothèse dentaire non visible remboursée par le RO	150 % Br	175 % Br	250 % Br
Inlay Core	150 % Br	175 % Br	200 % Br
Implantologie incluant le pilier implantaire (hors appareillage implantaire)	300 €/an	600 €/an	900 €/an
Orthodontie remboursée RO (par semestre)	300 % Br	350 % Br	400 % Br
Couronne sur implant remboursée par le RO	150 % Br	175 % Br	250 % Br
Couronne transitoire tarif libre et maîtrisé	100 % Br	100 % Br	100 % Br
AIDES AUDITIVES			
Équipements 100% Santé* Classe I par oreille	Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé		
Prothèses auditives Classe II par oreille remboursée par le RO ⁽⁷⁾	RO + 300 €	RO + 500 €	RO + 800 €
Accessoires, piles	100 % Br	100 % Br	100 % Br
OPTIQUE			
Équipements 100% Santé* Classe A	Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé		
Forfait équipements Classe B ⁽⁶⁾ :			
Forfait équipement verres unifocaux faible correction	150 €	250 €	300 €
Forfait équipement verres progressifs ou unifocaux forte correction	250 €	400 €	500 €
Lentilles remboursées ou non remboursées SS /an et /bénéficiaire)	50 €	100 €	150 €
Chirurgie réfractive	200 €/œil	300 €/œil	400 €/œil
PRÉVENTION ET AUTRES SOINS			
Acte de prévention : détartrage annuel complet, vaccins remboursés**par le RO ostéodensitométrie remboursée, dépistage des troubles de l'audition, Hépatites B	100 % Br	100 % Br	100 % Br
Dispositif Mon Psy	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Ostéodensitométrie non remboursée RO	50 €/an	50 €/an	50 €/an
Substituts nicotiniques	50 €/an	50 €/an	50 €/an
Pilules contraceptives (non remboursée RO sur prescription médicale)	50 €/an	50 €/an	50 €/an
Pharmacie, Vaccin : sur prescription non remboursé RO inscrit au Vidal	90 €/an	90 €/an	90 €/an
Allocation maternité/adoption (par enfant inscrit à la naissance)	200 €	200 €	200 €
PACK CONFORT			
Pack médecine douce ⁽⁸⁾ : ostéopathie, chiropractie, étioopathie, diététique, acupuncture, naturopathie, sophrologie, réflexologie, pédicurie, homéopathie	30 €/séance	30 €/séance	30 €/séance
ASSISTANCE & SERVICES			
***Assistance à domicile, Protection Juridique Santé,			
Deuxiemeavis.fr / Medaviz (téléconsultation)	OUI	OUI	OUI
Carte de Tiers Payant	OUI	OUI	OUI

PREVOYANCE MUTUALISTE ILE - DE - FRANCE

Les Taux de remboursement, indiqués dans la présente grille, s'appliquent lorsque l'assuré a respecté le parcours de soins coordonnés. Les garanties incluent le remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire (AMO). Hors du parcours de soins, et selon la situation, le R.O modifie certains de ses taux ou tarifs de responsabilité qui ne sont pas compensés par la Mutuelle.

Les remboursements de la Mutuelle respectent le cahier des charges du « Contrat Responsable » (Art.L871-1 du Code De la S.S) et s'appliquent à l'ensemble des soins et actes, qu'ils soient ou non effectués dans le cadre du parcours de soins. Toutefois, la Mutuelle ne prend en charge aucun dépassement d'honoraires hors parcours de soins coordonnés, ni la majoration de participation appliquée par le R.O aux actes et prescriptions hors du parcours de soins coordonnés, ni la majoration d'honoraires et actes externes réalisés par les praticiens hospitaliers hors du parcours de soins coordonnés, les actes hors nomenclature et la participation forfaitaire de 2 € instaurée par la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 définie à l'article L322-2 du Code de la S.S ainsi que les franchises mentionnées au III de l'article L322-2 ne sont pas pris en charge par la Mutuelle. En cas de pluralité d'assureurs, les dispositions de l'article 2 du décret n° 90-769 du 13 août 1990 s'appliquent.

(1) Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale sont pris en charge, dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité (125% pour 2015 et 2016) et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

(2) Dépassements d'honoraires chirurgicaux : calculés sur la base de remboursement de la sécurité sociale, ainsi que sur présentation du bulletin de situation et de la facture de l'établissement acquittée.

(3) Chambre Particulière limitée à 30 jours en chirurgie valable également en maison de repos ou de convalescence consécutivement à une hospitalisation chirurgicale 10 jours en maternité.

(4) Forfait journalier facturé par les établissements de santé hors établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et hors établissements pour personnes dépendantes (EHPAD)

(5) Plafond dentaire (hors ticket modérateur) 1000 € en ENTS 2; 1600 € en ENTS 3 ; 2400 € en ENTS 4 par an et par bénéficiaire.

(6) Pour les seuls bénéficiaires âgés de 16 ans et plus, le remboursement est limité à un équipement (une monture et deux verres ou lentilles) tous les deux ans, Le remboursement de la monture ne peut excéder 100 € (inclus dans les plafonds limites). Les planchers et les plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Toute modification du taux de remboursements de la Sécurité sociale sur l'équipement optique est susceptible d'entraîner une modification de la garantie optique afin de respecter les plafonds prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

(7) Aides auditives Classe II Adulte et Enfant : remboursement RO + Mutuelle tel qu'indiqué dans le barème et ne pouvant excéder un plafond de 1700 € par oreille, remboursement tous les 4 ans conformément aux conditions de la liste prévue à l'article L 165-1.

(8) Pack médecine douce: ostéopathie, chiropractie, étioopathie, diététique, acupuncture, naturopathie, sophrologie, réflexologie, pédicurie, homéopathie (préparations non remboursées) : 4 séances par an et par bénéficiaire toutes spécialités confondues.,

Lexique : RO = régime obligatoire - REC = reconstituée - BR = Base de remboursement de la sécurité sociale - TM = ticket modérateur (montant restant à la charge de l'assuré après le remboursement RO) OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. PMSS = Plafond Mensuel de Sécurité Sociale

L'ensemble des conditions de mise en œuvre est décrit dans les conditions générales du contrat, disponibles sur simple demande écrite.

*100% Santé (Tels que définis réglementairement) Optique : Le remboursement de la monture de classe A est plafonné à 30 €. Le remboursement de la monture de classe B est plafonné à 100 €.

Les montants sont exprimés y compris le remboursement du R.O. Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et les suppléments pour verres avec filtres à hauteur du ticket modérateur.

La date pour le renouvellement est celle de la dernière acquisition. La période est ramenée à 1 an pour les mineurs de moins de 16 ans ou pour une dégradation des performances oculaires.

Dentaire : dans la limite des honoraires limite de facturation. Auditif : La date pour le renouvellement est celle de la dernière acquisition pour une période de 4 ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions de la liste prévue à l'article L 165-1.

** Vaccinations : *diphtérie, tétanos, poliomyélite (tous âges), coqueluche, hépatite B (avant 14 ans), BCG (avant 6 mois), rubéole (adolescentes ou femmes non immunisées), Haemophilus influenza B, infection invasive à pneumocoques.*

*** Prestations décrites dans le dépliant « Assistance », Deuxiemeavis.fr & Medaviz en inclusion 100% pris en charge par la mutuelle.

(Renseignements auprès de nos collaboratrices)



VOS AVANTAGES



un avis de médecin spécialisé en moins de 7 jours, sans vous déplacer !

Grâce à deuxiemeavis.fr, obtenez en moins de 7 jours l'avis sur dossier d'un médecin spécialisé dans votre pathologie :

- +300 médecins spécialisés
- +700 maladies couvertes (dont maladies du rachis, endométriose, cancers, acouphènes...)
- 30% d'opérations ou traitements inutiles évités en cas de divergence

UN MÉDECIN disponible par téléphone 24h/24 et 7j/7

PREVOYANCE MUTUALISTE Ile-de-France

La solution simple et rapide pour répondre à vos questions médicales

Service inclus dans votre garantie santé

ligne dédiée 09 74 99 02 54

M Medaviz

- **Plus d'écoute**
- **Plus de facilité**
- **Plus de services**
- **Plus de souplesse**

Des études et des solutions personnalisées - Des conseillers à votre écoute

Des conditions de souscriptions simplifiées - Appli mobile / Une consultation de vos remboursements sur Internet

Une assistance à domicile en cas d'hospitalisation imprévue - Medaviz *Consultation 24h/7j*

Aucune avance de frais (tiers payant national) chez tous les professionnels de santé acceptant cette pratique

Liaisons directes avec les Caisses de Régime Obligatoire (CPAM, RSI, MGEN...)



26 rue du Général leclerc 95410 GROSLAY - Tél. : 01 39 83 40 60 =

mu-sante.fr - email : contact@mu-sante.fr Mutuelle sousmise aux dispositions du livre 2 du code de la mutualité immatriculée au répertoire Siren sous le n° 785 873 852

Complémentaire Santé ENTs

Document d'information sur la garantie Mutuelle

Le contrat « Santé » est assuré par PMIF, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du

Code de la Mutualité, immatriculée en France sous le numéro SIREN 785 873 852

La gestion des prestations d'assistance Santé sont garanties par Filassistance International

La gestion des prestations de protection juridique «Préjudis Santé» sont assurées par Covéa Protection Juridique

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le contrat complémentaire Santé ENTs permet le remboursement des dépenses de santé suite à une maladie ou à un accident, en complément du régime obligatoire. Cette garantie est responsable.



Qu'est ce qui est assuré ?

- ✓ Hospitalisation (médecine, chirurgie, convalescence psychiatrie) : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier.
- ✓ Soins courants et prescriptions médicales : consultations, visites médecins, radiographie, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux
- ✓ Frais optique : Lunettes (monture et verres) lentilles de contact, chirurgie réfractive de l'oeil
- ✓ Frais dentaires : Soins dentaires, prothèses dentaires, inlay-onlay core, orthodontie et implants
- ✓ Appareillages remboursés par la Sécurité Sociale : audioprothèses, prothèses et orthèses, petits et gros appareillages
- ✓ Actes de prévention : densitométrie osseuse, vaccin antigrippal, substitut nicotinique, pilule contraceptive
- ✓ Médecine Douce et actes de confort : Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Étio-pathe, Naturopathe, Diététicien, Réflexologue, Podologue, Sophrologue, Kinésio-logue, homéopathe

Les services systématiquement prévus sont les suivants :

- ✓ Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission.
- ✓ Assistance santé Filassistance (24h/7j)
- ✓ Protection Juridique Santé.
- ✓ Deuxiemeavis.fr
- ✓ Medaviz (téléconsultation)
- ✓ Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les sports extrêmes
- ✗ Les frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion.
- ✗ Les frais de séjours : les actes et/ou interventions non pris en charge par les organismes du régime de base obligatoire.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

! la participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;

! la majoration de participation de l'assuré visée à l'article L162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés (absence de désignation d'un médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant) ainsi que la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'autorisation, visée à l'article L.1111-15 du code de la santé publique, au professionnel de santé auquel il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter ;

! la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L 162.5 du Code de la Sécurité sociale.

! Hospitalisation chirurgicale à caractère esthétique non pris en charge ; les hospitalisations classées en long séjour par l'Assurance Maladie,

! Les séjours et frais au sein d'établissements médico-sociaux (ex : M.A.S. Maison d'Accueil Spécialisé – EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes),

Principales Restrictions

! Chambre particulière : remboursement limité en montant et en durée suivant l'option ou la formule choisie.

! Optique : remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans sauf évolution de la vue ou enfant de moins de 16 ans (remboursement possible tous les ans et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans)

! Prothèses dentaires et orthodontie : remboursements limités à un plafond annuel (prothèses remboursées par la Sécurité sociale) et à un nombre d'actes par an (prothèses dentaires et orthodontie non remboursées par la Sécurité sociale) variable suivant la Formule choisie.

! Appareillage auditif : remboursement limité pour une période de 4 ans par oreille et par bénéficiaire

! Médecine non-conventionnelle: remboursement limité à un forfait en euros par an et par bénéficiaire (variable suivant la formule choisie).



Où suis-je couvert ?

- ✓ La garantie du contrat s'exerce en France métropolitaine, ainsi que dans les DROM
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'Assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée



Quelles sont mes obligations ?

- ✓ A la souscription :

Être affilié à un régime obligatoire français d'assurance-maladie.

Remplir avec exactitude la demande d'adhésion et la signer, et fournir l'ensemble des pièces complémentaires demandées.

- ✓ Durant le contrat :

Payer la cotisation prévue au contrat.

Fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat.

Faire parvenir les demandes de remboursement à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins.

Signaler tout changement de situation (régime de sécurité sociale d'une des personnes garanties, changement de domicile ou de situations familiales, etc...) ou de coordonnées bancaires et produire les justificatifs nécessaires du contrat et de la cotisation initialement prévue.



Quand et comment effectuer le paiement des cotisations ?

- ✓ La cotisation est appelée annuellement et payable d'avance à l'assureur selon la périodicité et les termes convenus dans le calendrier de paiement, par chèque ou prélèvement automatique : un paiement fractionné peut être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- ✓ L'adhésion prend effet, à l'égard de l'ensemble des assurés, à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction, sauf en cas de résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.
- ✓ En cas de contrat conclu à distance, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Le contrat peut être résilié par lettre recommandée avec accusé de réception :

- ✓ A l'échéance annuelle, au moins deux mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre au plus tard. La démission prend effet au 1er jour de l'année suivante.
- ✓ En cas d'augmentation des cotisations, la loi Chatel vous permet de disposer d'un délai de 20 jours à compter de la date de réception du nouvel avis d'échéance cachet de la poste faisant foi.
- ✓ L'Adhérent, qui bénéficie d'un régime collectif complémentaire santé à adhésion obligatoire par le biais de son entreprise, peut demander sa démission, en cours d'année, sous réserve de la production d'une attestation de l'employeur et de la restitution des cartes de tiers payant en cours de validité. La résiliation de la garantie prend effet au plus tôt au 1er jour du mois qui suit la notification par l'Adhérent de sa demande dûment justifiée.
- ✓ Loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 : Vous disposez de la faculté de dénoncer votre adhésion à tout moment, si votre contrat santé a plus d'un an. Votre demande doit être adressée à la Mutuelle, soit par courrier, par déclaration contre récépissé à notre siège ou par tout autre support durable.