

# Mutame

## SANTÉ TERRITORIAL

PARTICIPATION  
EMPLOYEUR

CENTRE DE GESTION  
DU TERRITOIRE DE BELFORT



CONVENTION  
DE PARTICIPATION SANTÉ





## SE PROTÉGER EN TOUTE SÉRÉNITÉ



### Votre contrat c'est :

- + Une **adhésion facultative à tout moment**
- + Un contrat collectif **solidaire, responsable** et **100 % Santé**
- + **3 niveaux** de garanties aux choix [voir tableau de garanties]
- + Une **tarification simple** et unique par enfant
- + Une **ouverture immédiate des droits** (pas de délai de carence)
- + **Sans questionnaire** médical
- + Des **remboursements sous 48h** à réception de la facture ou du flux de l'Assurance Maladie
- + Une **option unique** pour toute la famille

## UN ESPACE SÉCURISÉ EN LIGNE

- + Consultez les remboursements et les garanties
- + Éditez vos relevés de prestations
- + Contactez la mutuelle via la messagerie
- + Envoyez vos factures
- + Demandez une prise en charge ou un devis
- + Modifiez vos coordonnées personnelles

*Retrouvez aussi votre espace sur l'application mobile  
disponible sur Apple Store et Google Play.*





## LES + DU CONTRAT

- + **Dépassements d'honoraires** médecins, chirurgiens et anesthésistes
- + Remboursement intégral des **médicaments** en complément de la Sécurité Sociale
- + **Chambre particulière**
- + Forfait annuel **Médecines Alternatives**, Substituts nicotiniques, **Pharmacie non remboursée**
- + **Service social** à l'écoute des mutualistes
- + **Soutien financier** pour aider l'accès aux soins
- + **Assistance** : aide à domicile, garde d'enfant en cas d'immobilisation ou à la sortie d'hospitalisation ou de maternité...
- + **Allocation** enfant handicapé



# UNE TARIFICATION SIMPLE

PARTICIPATION  
EMPLOYEUR

| Tranche d'âge                       | Base    | Niveau 1 | Niveau 2 |
|-------------------------------------|---------|----------|----------|
| ENFANT                              | 27,86 € | 30,86 €  | 36,83 €  |
| ACTIF moins de 30 ans inclus        | 39,80 € | 44,28 €  | 53,23 €  |
| ACTIF de plus de 30 à 40 ans inclus | 49,75 € | 55,19 €  | 66,06 €  |
| ACTIF de plus de 40 à 50 ans inclus | 58,53 € | 64,93 €  | 77,72 €  |
| ACTIF de plus de 50 à 60 ans inclus | 67,89 € | 75,57 €  | 90,92 €  |
| ACTIF de plus de 60 ans             | 81,94 € | 90,90 €  | 108,80 € |
| RETRAITÉ                            | 90,72 € | 100,32 € | 119,50 € |

Les montants de cotisation s'entendent par personne à assurer, bénéficiaire des garanties.

Ainsi, et à titre d'exemple, pour un assuré agent de 41 ans qui rattache sur son adhésion sa conjointe de 38 ans et son enfant de moins de 18 ans, la cotisation totale à payer est celle du cumul des cotisations de la tranche adulte de 40 à 50 ans + de la tranche adulte de 30 à 40 ans + cotisation enfant soit 136,14 € en niveau 1 / 150,98 € en niveau 2 et 180,61 € en niveau 3.

\*Agent retraité : à compter de la mise en retraite. Le tarif s'applique au conjoint.

Tarification indiquée hors participation employeur.

Scannez le QR Code  
pour réaliser votre  
devis en ligne et  
adhérer simplement



Sauf précision contraire, les forfaits sont versés par bénéficiaire et par année civile. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels engagés. Les barèmes comprennent le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire selon le tarif de responsabilité applicable au 1er janvier de l'année en cours.

| Base | Niveau 1 | Niveau 2 |
|------|----------|----------|
|------|----------|----------|

#### Soins courants

Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhérés aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhérés à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels des santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : <http://annuairesante.ameli.fr>

#### Honoraires

|   |          |                 |                 |
|---|----------|-----------------|-----------------|
| Consultation, Visite, Acte Technique Médical, Echographie, Acte de Chirurgie, Anesthésie hors majoration - Praticien adhérent à un DPTAM                                      | 150 % BR | 175 % BR        | 200 % BR        |
| Consultation, Visite, Acte Technique Médical, Echographie, Acte de Chirurgie, Anesthésie hors majoration - Praticien non adhérent à un DPTAM                                  | 130 % BR | 155 % BR        | 180 % BR        |
| Imagerie médicale   |          | 100 % BR        |                 |
| Ostéodensitométrie - Non remboursée Sécurité sociale  |          | 40 €/examen     |                 |
| Ostéodensitométrie - Remboursée Sécurité sociale  |          | 100 % BR        |                 |
| Auxiliaires médicaux  |          | 120 % BR        |                 |
| Soins de pédicure - Remboursés Sécurité sociale   | 100 % BR | AMO + 28 € / an | AMO + 42 € / an |
| Dispositif MonPsy, remboursé par la Sécurité Sociale :<br><b>Sur prescription médicale ; choix d'un psychologue partenaire de l'annuaire MonPsy. 12 séances maximum / an.</b> |          | 100 % BR        |                 |
| Analyses, actes de biologie et prélevements   |          | 100 % BR        |                 |

#### Pharmacie

|  |          |            |  |
|--|----------|------------|--|
| Médicaments, accessoires et pansements - Remboursés Sécurité sociale     | 100 % BR |            |  |
| Médicaments, accessoires et pansements - Non remboursés Sécurité sociale |          | 50 € / an  |  |
| Contraception sur prescription   |          | 80 € / an  |  |
| Substituts nicotiniques sur prescription                                 |          | 100 € / an |  |

#### Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif)

|  |             |                    |             |
|--|-------------|--------------------|-------------|
| <b>Petit appareillage (fourniture de contention, semelles orthopédiques...)</b> - Remboursé Sécurité sociale | 200 % BR    | 220 % BR           | 240 % BR    |
| Prothèse externe non orthopédique  | AMO + 238 € | AMO + 280 €        | AMO + 305 € |
| Prothèse capillaire  | AMO + 375 € | AMO + 450 €        | AMO + 500 € |
| Lit médicalisé   |             | AMO + 1 500 € / an |             |
| Véhicule à propulsion manuelle et Motorisation d'un fauteuil roulant   |             | AMO + 1 000 € / an |             |
| Véhicule à propulsion électrique   |             | AMO + 4 000 € / an |             |

#### Autres

|  |          |             |  |
|--|----------|-------------|--|
| Frais de transport                           | 100 % BR |             |  |
| Participation forfaitaire pour actes coûteux |          | Frais réels |  |

#### Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhérés aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhérés à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels des santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : <http://annuairesante.ameli.fr>

#### Forfait journalier

|   |          |             |          |
|---|----------|-------------|----------|
| Forfait journalier dans tous les établissements   |          | Frais réels |          |
| <b>Honoraires</b>   |          |             |          |
| Honoraires médicaux & chirurgicaux, Acte Technique Médical, Echographie, hors majoration, Praticien adhérent à un DPTAM | 150 % BR | 175 % BR    | 200 % BR |

|   |          |          |          |
|---|----------|----------|----------|
| Honoraires médicaux & chirurgicaux, Acte Technique Médical, Echographie, hors majoration, Praticien non adhérent à un DPTAM | 130 % BR | 155 % BR | 180 % BR |
| <b>Autres</b>   |          |          |          |

|  |             |              |              |
|--|-------------|--------------|--------------|
| Frais de séjour - sur demande de prise en charge préalable   | 100 % BR    |              |              |
| Forfait en hospitalisation ambulatoire   | 25 € / jour | 30 € / jour  | 40 € / jour  |
| Chambre particulière en Chirurgie, Maladie, Obstétrique - sans limitation de durée   | 80 € / jour | 100 € / jour | 120 € / jour |
| Chambre particulière en SSR et en Psychiatrie - Plafonnée à 30 jours / an  | 60 € / jour | 80 € / jour  | 100 € / jour |
| Forfait accompagnant pour hospitalisation enfant moins de 16 ans   |             |              |              |
| <b>Repas pris dans la ville où se situe l'établissement ou dans un rayon de 10 km autour de celui-ci et couchette en établissement d'hospitalisation</b> | 40 € / jour | 50 € / jour  | 60 € / jour  |
| Participation forfaitaire pour actes coûteux   |             | Frais réels  |              |

#### Forfait Patient Urgence

|  |  |             |  |
|--|--|-------------|--|
| Participation forfaitaire pour actes coûteux |  | Frais réels |  |
|--|--|-------------|--|

#### Optique

Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, cette dernière étant limitée à 100€. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la garantie s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période annuelle (article R 871-2 du code de la Sécurité sociale).

#### Prestations remboursées par l'Assurance maladie :

##### Equipement 100% santé - Classe A

|                    |  |                        |
|--------------------|--|------------------------|
| Equipement complet |  | Remboursement intégral |
|--------------------|--|------------------------|

##### Equipements et Prestations optiques à tarifs libres - Classe B

|   |       |       |
|---|-------|-------|
| <b>Remboursement de l'équipement : le remboursement de la monture est réglementairement limité à 100 €.</b> |       |       |
| Les forfaits sont égaux par option  |       |       |
| Monture - Le forfait comprend le remboursement du ticket modérateur.  |       | 100 € |
| Verre unifocal sphérique  |       |       |
| Sphere de -6 à +6   | 90 €  |       |
| Sphere < 6 ou > 6   | 165 € |       |
| Verre unifocal sphéro-cylindrique   |       |       |
| Cylindres +4, sphère de -6 à 0  | 90 €  |       |
| Sphere >0 et (sphère + cylindre) : 5 + 6  | 90 €  |       |
| Sphere >0 et (sphère + cylindre) >+ 6   | 165 € |       |
| Cylindre +0,25 et sphère < -6   | 165 € |       |
| Cylindre +4 et sphère de -6 à 0   | 165 € |       |
| Verre multifocal ou progressif sphérique  |       |       |
| Sphere de -4 à +4   | 225 € |       |

Sphère <- 4 ou >+ 4

300 €

Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique

225 €

Cylindre : 5 +4, sphère de -8 à 0

225 €

Sphère >0 et (sphère + cylindre) : 5 +8

300 €

Cylindre >+4, sphère de -8 à 0

300 €

Sphère >0 et (sphère + cylindre) >+ 8

300 €

Cylindre +0,25, sphère <- 8

300 €

Adaptation de la prescription de verres correcteurs

100 % BR

Verres avec filtres

100 % BR

Autres suppléments

100 % BR

Autres

Lentilles remboursées ou non Sécurité sociale

AMO + 122 € / an

Chirurgie de l'œil

400 € / œil / an

Aides auditives

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.

Equipements 100 % Santé - Classe I

Remboursement intégral

Equipement complet

Equipements à tarifs libres - Classe II

Prothèse auditive - Classe II

AMO + 1 500 € / oreille

Le forfait comprend le remboursement du Ticket Modérateur. Dans la limite de 1 700 € AMO + mutuelle.

Autres

Piles, accessoires et entretien de la prothèse remboursée Sécurité sociale

100 % BR

AMO + 40 € / an

AMO + 50 € / an

Dentaire

Soins et Prothèses 100 % Santé

Soins, Inlay Core et prothèses dentaires fixes

Remboursement intégral

Soins et Prothèses à tarifs maîtrisés et libres

**En l'absence de liaison NOÉMIE, prise en charge sur présentation du décompte de la Sécurité sociale accompagné de la facture acquittée, détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité sociale.**

Les actes et soins non remboursés Sécurité sociale doivent être inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux dentaires (CCAM).

Soins dentaires

100 % BR

Prothèse amovible métal et Prothèse dentaire transitoire

250 % BR

295 % BR

345 % BR

Prothèse amovible résine

250 % BR

320 % BR

370 % BR

Couronne et Bridge métal, Inlay, Inlay core, Onlay et Réparation de prothèse

Bridge métal

175 % BR

200 % BR

225 % BR

Bridge résine

200 % BR

250 % BR

300 % BR

Implantologie

400 € / implant

500 € / implant

600 € / implant

Parodontologie

150 € / an

200 € / an

250 € / an

Autre acte dentaire

50 € / an

100 € / an

150 € / an

Orthodontie

Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale

250 % BR

300 % BR

300 % BR

Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale

400 € / an

Autres prestations

Prévention

Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale

100 % BR

Conformément au cahier des charges des contrats responsables, défini par l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application.

Bilan nutritionnel

40 € / an

Consultation diététicien

15 € / séance

(Maxi 2 séances / an)

Bien-être

Médecines alternatives : forfait attribué pour les disciplines suivantes réalisées par un praticien diplômé.

150 € / an

Ostéopathie, Chiropractie, Étiopathie, Hypnose, Réflexologie, Acupuncture, Psychologie

Sur présentation d'une facture ou d'une note d'honoraires du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, n° ADELI, ...)

Cure thermale

Cure thermale remboursée Sécurité sociale : honoraires, soins, transports et hébergement

100 % BR

Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée de séjour.

Forfait cure thermale

100 € / an

150 € / an

200 € / an

Sur prescription médicale et présentation de justificatifs de frais

Limite aux frais de transport et d'hébergement liés à la cure thermale.

Prestations complémentaires

Allocation annuelle enfant handicapé

250 € pour 50 à 79 %

Montant forfaitaire selon le taux de reconnaissance d'handicap par la MDPH

350 € pour 80 % et +

Aide familiale

1,50 € / heure

Subordonnée au versement préalable d'une aide financière accordée par la CAF

Aide ménagère au domicile

4,90 € / heure

Subordonnée au versement préalable d'une aide financière accordée par la caisse de retraite

Aide exceptionnelle et Prêt Santé

Inclus

(Soutien pour dépense importante de santé, accordé sur dossier par la commission spécialisée de la mutuelle)

Assistance au domicile en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation ou de maternité

Le service est accessible 7 jours 7, 24h sur 24.

Se reporter à la notice d'information

09 69 39 99 76 (appel non surtaxé)

Protection juridique

Le service est accessible de 09H00 à 17H45, du lundi au vendredi (sauf jours fériés).

LEXIQUE

BR : Bilan de remboursement de l'Assurance maladie Obligatoire

DPTAM : DPTAM : Dispositif 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 chirurgie et obstétrique)

AMO : Remboursement uniquement de l'Assurance Maladie Obligatoire

HLF : Honoraire Limite de Facturation fixé réglementairement

SSR : Soins de suite et de réadaptation

PLV : Prix Limite de Vente fixé réglementairement

TM : Ticket Modérateur, part complémentaire au remboursement de la Sécurité sociale

Ce contrat respecte le cahier des charges des contrats responsables et répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires en vigueur.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage et s'appliquent à la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire en vigueur à la date de soins, dans la limite des frais réels engagés. Les taux de remboursement de la Sécurité sociale sont ceux applicables au 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours, sous réserve du respect du parcours de soins. Sauf indication contraire, les garanties en euros sont des forfaits par année civile et par personne protégée. Les remboursements de Mutame & Plus sont toujours limités aux frais réels engagés, déduction faite des interventions des régimes obligatoires et autres complémentaires santé.

\*Retrouvez les explications du 100 % Santé sur votre espace adhérent depuis le site [www.mutame-plus.fr](http://www.mutame-plus.fr)

## Exemples de remboursement de votre garantie santé

### MUTAME SANTE TERRITORIAL CDG90

| Exemples   | Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé | Remboursement                 |            |            |            |                |          | Reste à charge |   |  | Commentaires |  |  |
|--|---|-------------------------------|------------|------------|------------|----------------|----------|----------------|---|--|--------------|--|--|
|  |   | Assurance maladie obligatoire | Mutuelle   |            |            | Reste à charge |          |                |   |  |              |  |  |
|  |   |                               | Niveau 1   | Niveau 2   | Niveau 3   | Niveau 1       | Niveau 2 | Niveau 3       |   |  |              |  |  |
| <b>Hospitalisation</b>   |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| Forfait journalier hospitalier en court séjour   |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
|  | 20,00 €                                 | 0 €                           | 20,00 €    | 20,00 €    | 20,00 €    | 0 €            | 0 €      | 0 €            | Tarif réglementaire   |  |              |  |  |
| <b>Séjours avec actes lourds</b>   |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| <b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte en secteur privé</b>   |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| Frais de séjour en secteur privé   | 838,98 €                                | 814,98 €                      | 24,00 €    | 24,00 €    | 24,00 €    | 0 €            | 0 €      | 0 €            |   |  |              |  |  |
| Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)  | 443,00 €                                | 271,70 €                      | 135,85 €   | 171,30 €   | 171,30 €   | 35,45 €        | - €      | - €            | Prix moyen national de l'acte pour un œil. Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie ou du Régime Local d'assurance maladie Alsace-Moselle. |  |              |  |  |
| Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)   | 486,00 €                                | 271,70 €                      | 81,51 €    | 149,44 €   | 214,30 €   | 132,79 €       | 64,86 €  | - €            |   |  |              |  |  |
| <b>Séjours sans acte lourd</b>   |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| <b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>  |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| Frais de séjour en secteur public  | 3 754,00 €                              | 3 003,20 €                    | 750,80 €   | 750,80 €   | 750,80 €   | - €            | - €      | - €            |   |  |              |  |  |
| <b>Optique</b>   |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| <b>Equipements 100 % Santé - Classe A - Prix limite de vente</b>   |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| Equipement optique : monture + verres simples 42,50 € / verre + 30 € monture   | 115,00 €                                | 20,70 €                       | 94,30 €    | 94,30 €    | 94,30 €    | - €            | - €      | - €            |   |  |              |  |  |
| Equipement optique : monture + verres progressifs 90 € / verre + 30 € monture  | 210,00 €                                | 37,80 €                       | 172,20 €   | 172,20 €   | 172,20 €   | - €            | - €      | - €            |   |  |              |  |  |
| <b>Equipements hors 100 % Santé - Classe B - Tarifs libres</b>   |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| Equipement optique : monture + verres simples 112 € / verre + 100 € monture  | 324,00 €                                | 0,09 €                        | 280,00 €   | 280,00 €   | 280,00 €   | 43,91 €        | 43,91 €  | 43,91 €        |   |  |              |  |  |
| Equipement optique : monture + verres progressifs 246 € / verre + 100 € monture  | 592,00 €                                | 0,09 €                        | 550,00 €   | 550,00 €   | 550,00 €   | 41,91 €        | 41,91 €  | 41,91 €        |   |  |              |  |  |
| <b>Dentaire</b>  |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| Détartrage   | 43,38 €                                 | 26,03 €                       | 17,35 €    | 17,35 €    | 17,35 €    | - €            | - €      | - €            |   |  |              |  |  |
| 100 % Santé :  |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires   | 515,00 €                                | 72,00 €                       | 443,00 €   | 443,00 €   | 443,00 €   | - €            | - €      | - €            |   |  |              |  |  |
| Couronne céramo-métallique sur molaires  | 561,99 €                                | 72,00 €                       | 228,00 €   | 312,00 €   | 372,00 €   | 261,99 €       | 177,99 € | 117,99 €       |   |  |              |  |  |
| Orthodontie (moins de 16 ans)  | 714,10 €                                | 193,50 €                      | 290,25 €   | 387,00 €   | 387,00 €   | 230,35 €       | 133,60 € | 133,60 €       |   |  |              |  |  |
| Traitements par semestre   |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| <b>Aides auditives</b>   |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| Classe I : 100 % Santé   |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| audioprothèse par oreille pour un patient de plus de 20 ans  | 950,00 €                                | 240,00 €                      | 710,00 €   | 710,00 €   | 710,00 €   | - €            | - €      | - €            |   |  |              |  |  |
| Classe II : Tarif libre  |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| audioprothèse par oreille pour un patient de plus de 20 ans  | 1 515,00 €                              | 240,00 €                      | 1 275,00 € | 1 275,00 € | 1 275,00 € | - €            | - €      | - €            |   |  |              |  |  |
| <b>Soins courants</b>  |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| <b>Honoraires médicaux secteur 1 (généralistes ou spécialistes)</b>  |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires pour un patient de plus de 18 ans   | 30,00 €                                 | 19,00 €                       | 9,00 €     | 9,00 €     | 9,00 €     | 2,00 €         | 2,00 €   | 2,00 €         | 2 € = participation forfaitaire obligatoire laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin   |  |              |  |  |
| Consultation d'un pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans  | 35,00 €                                 | 24,50 €                       | 10,50 €    | 10,50 €    | 10,50 €    | - €            | - €      | - €            |   |  |              |  |  |
| Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)                         | 40,00 €                                 | 26,00 €                       | 12,00 €    | 12,00 €    | 12,00 €    | 2,00 €         | 2,00 €   | 2,00 €         | 2 € = participation forfaitaire obligatoire laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin   |  |              |  |  |
| <b>Honoraires médicaux - adhérents OPTAM ou OPTAM-CO (dépassements d'honoraires maîtrisés)</b>   |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| Consultation d'un pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans  | 50,00 €                                 | 24,50 €                       | 25,50 €    | 25,50 €    | 25,50 €    | - €            | - €      | - €            |   |  |              |  |  |
| Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)                         | 53,00 €                                 | 26,00 €                       | 25,00 €    | 25,00 €    | 25,00 €    | 2,00 €         | 2,00 €   | 2,00 €         | 2 € = participation forfaitaire obligatoire laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin   |  |              |  |  |
| <b>Honoraires médicaux Secteur 2 - non adhérents OPTAM et OPTAM-CO (Dépassements d'honoraires libres)</b>  |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| Consultation d'un pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans  | 62,00 €                                 | 16,10 €                       | 13,80 €    | 19,55 €    | 25,30 €    | 32,10 €        | 26,35 €  | 20,60 €        |   |  |              |  |  |
| Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)                         | 66,00 €                                 | 14,10 €                       | 13,80 €    | 19,55 €    | 25,30 €    | 38,10 €        | 32,35 €  | 26,60 €        | 2 € = participation forfaitaire obligatoire laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin   |  |              |  |  |
| <b>Matériel médical</b>  |   |                               |            |            |            |                |          |                |   |  |              |  |  |
| Achat d'une paire de bâquilles   | 26,71 €                                 | 14,64 €                       | 9,76 €     | 9,76 €     | 9,76 €     | 2,31 €         | 2,31 €   | 2,31 €         |   |  |              |  |  |

Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR qui est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édité par l'UNOCAM

# MODALITÉS D'ADHÉSION



## Sur internet



Scannez le QR Code ou suivez le lien pour réaliser votre devis en ligne et adhérer simplement.



[www.bit.ly/MSTCDG90](http://www.bit.ly/MSTCDG90)



## Avec le bulletin d'adhésion

Compléter, signer, joindre un RIB  
Envoyer à  
Mutame & Plus  
Service Gestion des contrats  
4 rue Emile Enault  
50000 SAINT-LÔ

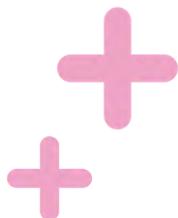
La mutuelle peut, si vous le souhaitez, se charger de la résiliation de votre mutuelle actuelle. Pensez à l'indiquer sur la boutique en ligne ou en remplaçant le mandat avec le bulletin d'adhésion papier.

Attention, si vous déléguez la résiliation de votre mutuelle à Mutame & Plus, un délai de préavis de 30 jours incompressible s'applique entre l'envoi de la demande et la résiliation effective de votre précédent contrat santé.  
De fait, l'adhésion prend effet le lendemain de la date de fin des garanties précédentes.

*Vous avez un doute sur la date de votre adhésion ?*

*Contactez la mutuelle au 02 33 05 29 20*

Envoyer tous les documents ORIGINAUX par courrier à :



**MUTAME & PLUS**

Service Gestion des contrats  
4, rue Émile Enault  
50000 SAINT-LÔ



## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT MUTAME & PLUS

Joindre un RIB pour le paiement des prestations et le prélèvement des cotisations mensuelles si elles ne sont pas prélevées sur le salaire (retraités ou dans les situations du 9.2 de la notice d'information du contrat).

La cotisation est prélevée le 5 de chaque mois.

### MANDAT DE PRÉLÈVEMENT – PAIEMENT RÉCURRENT

Référence unique du mandat (zone réservée à Mutame & Plus) 009650MMN/

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Mutame & Plus à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Mutame & Plus. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée : dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

|  |               |  |
|--|---------------|--|
| COORDONNÉES DU COMPTE BANCAIRE DÉBITEUR<br>(ces données figurent dans votre carnet de chèques ou sur relevé de compte)                 |               | COORDONNÉES DU CRÉANCIER<br>MUTAME & PLUS<br>4, rue Émile Enault – CS 72208<br>50008 SAINT-LÔ Cedex<br>Identifiant créancier SEPA :<br>FR71ZZZ272175 |
| IBAN :   |               |  |
| BIC :  |               |  |
| COORDONNÉES DU DÉBITEUR  |               |  |
| Nom :  | Prénom :      | Fait à : _____   |
| Adresse : _____  |               | Le : _____   |
| Code postal : _____  | Ville : _____ | Signature du débiteur (obligatoire) : _____  |
| <b>N'oubliez pas de signer le bulletin d'adhésion et le mandat et de joindre un relevé d'identité bancaire ou postale (RIB ou RIP)</b> |               |  |

### POUR CONFIRMER L'ADHÉSION À MUTAME & PLUS

1. Remplir et signer le bulletin d'adhésion.
2. Remplir obligatoirement le mandat de prélèvement SEPA joint.
3. Joindre un RIB pour le paiement des prestations.

Envoyer les documents par courrier à :

MUTAME & PLUS  
 Service Gestion des contrats  
 Siège Social – 4, rue Émile Enault – 50000 SAINT-LÔ

Arrêté du 6 mai 2020 précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire des informations relatives aux frais de gestion au titre des garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident : MUTAME & PLUS : Rapport Prestations / Cotisations HT 90,67 %\* | Frais de fonctionnement 12,93 %\*\*

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

\*\* Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

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 auprès de l'une de nos agences ou par tout autre support durable.

Protection des données personnelles et RGPD

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement (des données inexactes, incomplètes, équivoques, périmées ou dont le traitement serait illicite), d'opposition, de limitation du traitement (dans les cas prévus par la loi) et de portabilité (dans les cas prévus par la loi) des données qui vous concernent, ainsi que du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et à la communication de ces données après votre décès. Vous pouvez exercer ces droits en présentant une pièce d'identité et en contactant notre Délégué à la protection des données à l'adresse mail suivante : dpo@mutame-plus.fr ou par courrier à Mutame & Plus – 4, rue Émile Enault – 50000 Saint-Lô. Vous pouvez avoir connaissance de l'ensemble de vos droits et de la Politique protection des données mise en œuvre par Mutame & Plus dans le Règlement Mutualiste. Vous pouvez déposer une réclamation auprès de la CNIL, en ligne ou par voie postale, si vous estimez après nous avoir contactés que vos droits ne sont pas respectés.

NOM/Prénom : .....

Adresse : .....

.....  
CP/Ville : .....

MUTAME & PLUS  
4 RUE ÉMILE ENAULT  
CS 72208  
50008 SAINT LÔ CEDEX

A ....., le .....

Mutuelle / Assurance : .....

N° adhérent/contrat : .....

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) ..... né(e) le .....  
Domicilié(e) : .....  
.....  
.....  
.....

Confirme souhaiter souscrire un nouveau contrat complémentaire santé auprès de **Mutame & Plus**,  
mutuelle immatriculée sous le numéro SIREN 780 915 898 ;

Et donne mandat à la mutuelle **Mutame & Plus** pour engager les formalités de la résiliation infra  
annuelle de mon contrat santé n° ..... souscrit auprès de .....

Pour faire valoir ce que de droit,

À .....

Le .....

Signature

