

# Mutame

## SANTÉ TERRITORIAL

PARTICIPATION  
EMPLOYEUR

CENTRE DE GESTION  
DU TERRITOIRE DE BELFORT



CONVENTION  
DE PARTICIPATION SANTÉ

[www.mutame-plus.fr](http://www.mutame-plus.fr)  
02 33 05 29 20 - [contact@mutame-plus.fr](mailto:contact@mutame-plus.fr)

 **CENTRE DE GESTION DE LA  
FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE**  
Belfortaire de Belfort, 90

Santé - Prévoyance  **Mutame**  
& PLUS





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



MUTAME SANTÉ TERRITORIAL CENTRE DE GESTION DU TERRITOIRE DE BELFORT | Contrat collectif à adhésion facultative

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 adhéres 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 adhéres 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.amell.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 pédicurie - Remboursés Sécurité sociale	100 % BR	AMO + 28 € / an	AMO + 42 € / an
Dispositif MonPsy, remboursé par la Sécurité Sociale : <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 prélèvements	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...) - Remboursé Sécurité sociale</b>	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 adhéres 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 adhéres 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.amell.fr>

Forfait journalier

Forfait journalier dans tous les établissements	Frais réels		
---	-------------	--	--

Honoraires

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

Autres

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	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 :

Équipement 100% santé - Classe A

Équipement complet	Remboursement intégral
--------------------	------------------------

Équipements 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	
Cylindre -5 +4, sphère de -8 à 0	225 €
Sphère >0 et (sphère + cylindre) :5 +8	225 €
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.

Équipements 100 % Santé - Classe I	
Equipement complet	Remboursement intégral
Équipements 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. Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Hypnose, Réflexologie, Acupuncture, Psychologie	150 € / an		
Sur présentation d'une facture ou d'une note d'honoraires du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, n° ADELI, ...)			

Cure thermique			
Cure thermique remboursée Sécurité sociale : honoraires, soins, transports et hébergement	100 % BR		
Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée de séjour.			
Forfait cure thermique	100 € / an	150 € / an	200 € / an
Sur prescription médicale et présentation de justificatifs de frais			
Limité aux frais de transport et d'hébergement liés à la cure thermique.			

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	Se reporter à la notice d’information 09 69 39 99 76 (appel non surtaxé)
Le service est accessible 7 jours 7, 24h sur 24.	
Protection juridique	
Le service est accessible de 09H00 à 17H45, du lundi au vendredi (sauf jours fériés).	

LEXIQUE  
BR : Base de remboursement de l'Assurance maladie Obligatoire  
OPTAM : OPTAM : 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) ou OPTAM-CO (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	Assurance maladie obligatoire	Remboursement			Reste à charge			Commentaires
			Niveau 1	Mutuelle	Niveau 3	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	
				Niveau 2					
Hospitalisation									
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	0 €	0 €	0 €	Tarif réglementaire
Séjours avec actes lourds									
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé									
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte en secteur privé									
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	814,98 €	24,00 €	24,00 €	24,00 €	0 €	0 €	0 €	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 maîtrisés (adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	443,00 €	271,70 €	135,85 €	171,30 €	171,30 €	35,45 €	- €	- €	
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 €	- €	
Séjours sans acte lourd									
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé									
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public									
Frais de séjour en secteur public	3 754,00 €	3 003,20 €	750,80 €	750,80 €	750,80 €	- €	- €	- €	
Optique									
Equipements 100 % Santé - Classe A - Prix limite de vente									
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 €	- €	- €	- €	
Equipements hors 100 % Santé - Classe B - Tarifs libres									
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 €	
Dentaire									
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 €	
Traitement par semestre									
Aides auditives									
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 €	- €	- €	- €	
Soins courants									
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)									
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
Honoraires médecins - adhérents OPTAM ou OPTAM-CO (dépassements d'honoraires maîtrisés)									
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
Honoraires médecins Secteur 2 - non adhérents OPTAM et OPTAM-CO (Dépassements d'honoraires libres)									
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
Matériel médical									
Achat d'une paire de béquilles	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 édicté 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 remplissant 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



**Bulletin d'adhésion** au contrat MUTAME SANTÉ TERRITORIAL CDG90

Convention de participation Santé conclue avec le Centre de Gestion du Territoire de Belfort, éligible à la participation de l'employeur.

**Les droits aux remboursements sont ouverts pour les soins dispensés à compter de la date d'effet de l'adhésion.**

*L'option choisie s'impose à toute la famille. Le bénéfice du tiers payant est accordé pour le remboursement des soins médicaux et chirurgicaux.*

ADHÉSION à compter du \_\_\_\_\_ (jour) / \_\_\_\_\_ (mois) / 20 \_\_\_\_\_ (année)

Option : ☐ Base ☐ Niveau 1 ☐ Niveau 2

## Adhérent principal

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

[illegible]

Email : \_\_\_\_\_

En renseignant mon email, j'accepte de recevoir les informations de la mutuelle par voie électronique (mise à disposition sur l'espace extranet du relevé de prestations, revue Mutame Essentiel...)

Adresse :

Code postal : Ville :

[illegible]

Caisse d'assurance maladie (CPAM, MSA...) : Département : Régime : ☐ Général ☐ Alsace-Moselle

## Employeur

Collectivité employeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

☐ Retraité(e) depuis le (joindre l'arrêté de mise en retraite)

## Liste des membres du foyer à rattacher au contrat

[illegible]

<sup>1</sup> Féminin = F ; Masculin = M

La cotisation du contrat est décomptée mensuellement sur le salaire de l'agent. Pour les retraités, les cotisations sont payées directement par l'assuré.

☐ **J'accepte que la Mutuelle se connecte à l'assurance maladie pour régler les prestations complémentaires.**

Le : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_ Signature (obligatoire)

La signature du présent bulletin entraîne l'acceptation de la notice d'information du contrat par l'adhérent.

Remplir le bulletin d'adhésion y compris obligatoirement le mandat de prélèvement SEPA joint.

*L'option choisie par l'adhérent s'impose à toute la famille. Il vous appartient de vérifier que la connexion de télétransmission est bien établie entre l'Assurance Maladie et Mutame & Plus. Après réception de votre carte mutualiste, vous pourrez créer votre espace extranet réservé afin de suivre vos remboursements, modifier vos informations personnelles et communiquer avec la mutuelle via la messagerie sécurisée pour notamment envoyer vos factures.*



## 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	
<i>Référence unique du mandat (zone réservée à Mutame &amp; Plus) 009650MMN/</i>	
<small>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Mutame &amp; Plus à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Mutame &amp; 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.</small>	
<b>COORDONNÉES DU COMPTE BANCAIRE DÉBITEUR</b> <i>(ces données figurent dans votre carnet de chèques ou sur relevé de compte)</i> IBAN : _____ BIC : _____	<b>COORDONNÉES DU CRÉANCIER</b> <b>MUTAME &amp; PLUS</b> 4, rue Émile Enault – CS 72208 50008 SAINT-LÔ Cedex Identifiant créancier SEPA : FR71ZZZ272175
<b>COORDONNÉES DU DÉBITEUR</b> Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____	Fait à : _____ Le : _____ 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 versement des prestations correspondant à ces garanties. 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 inexacts, 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](mailto: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

--