



**CONVENTION DE PARTICIPATION PSC
RISQUE SANTÉ
1^{ER} JANVIER 2026**

Mutame Santé Territorial

**CENTRE DE GESTION DU
TERRITOIRE DE BELFORT (90)**

Le contexte

Dans le cadre de la réforme de la PSC (Protection Complémentaire Santé), le Centre de Gestion du Territoire de Belfort propose une convention de participation pour la Santé aux collectivités du département 90.

D'ici le 1er janvier 2026, les collectivités territoriales seront obligées de participer financièrement à la **Complémentaire Santé** de leurs agents.

Le Centre de Gestion du Territoire de Belfort vous propose la convention de participation "Mutame Santé Territorial - CDG90" pour couvrir vos agents dès maintenant.



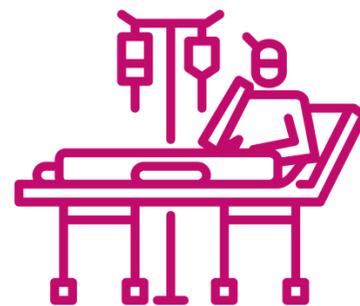
Les garanties

3 niveaux de garanties pour toute la
famille

Un contrat responsable, solidaire et 100 % Santé



Soins courants



Hospitalisation
Chambre
particulière



Optique



Audiologie



Dentaire
Implantologie
Parodontologie



Forfait
Vaccination
Diététique...



Médecines
douces



Psychologie

Lexique pour comprendre

BR = Base de remboursement

C'est le tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. Exemple : consultation réalisée par un médecin de secteur 2.

Taux de remboursement de l'assurance maladie (% BR)

Pour déterminer le montant de sa prise en charge, l'Assurance Maladie Obligatoire applique un taux de remboursement à la base de remboursement. Le montant qui en résulte peut être, le cas échéant, minoré de la franchise ou de la participation forfaitaire, pour aboutir au montant effectivement versé à l'assuré par l'Assurance Maladie Obligatoire.

La part non remboursée de la base de remboursement est le ticket modérateur.

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'2 € ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou les traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD).

Dépassement d'honoraires

Part des honoraires dépassant la base de remboursement de l'Assurance Maladie, non prise en charge par celle-ci. Le médecin doit informer le patient et fixer ce montant « avec tact et mesure ». Une complémentaire santé peut couvrir ces frais, dans la limite fixée par le contrat, notamment pour les médecins non adhérents à l'OPTAM.

OPTAM/OPTAM-CO

Ces dispositifs prennent la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-CO) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires.

En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

Franchise médicale / participation forfaitaire

C'est la somme déduite des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Elle est plafonnée à 50 euros par an, au total.

- 1 € par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ;
- 1 € par acte paramédical ;
- 4 € par transport sanitaire.

Une participation forfaitaire de 2 € est demandée (+ de 18 ans). Elle s'applique pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. Cette participation ne peut pas excéder 8 € par jour.

SOINS COURANTS - EXEMPLE DE REMBOURSEMENTS

Baptiste consulte son médecin traitant, signataire de l'OPTAM.
La consultation coûte 30 €.

	Base	Niveau 1	Niveau 2
% Sécurité sociale + mutuelle	150 %	175 %	200 %
Sécurité sociale	70 %	70 %	70 %
Remboursement Sécurité sociale BR = 30 € % BR = 70 % = 30 x 70 % = 21 € Moins 2 € de franchise* = 19 €	19 €	19 €	19 €
Mutuelle	80 %	105 %	130 %
Remboursement Mutuelle	BR = 30 € % = 50 % = 30 x 80 % = 24 € + que le reste à charge = remboursement total	BR = 30 € % = 105 % = 30 x 105 % = 31.50 € + que le reste à charge = remboursement total	BR = 30 € % = 130 % = 30 x 130 % = 40.30 € + que le reste à charge = remboursement total
	9 €	9 €	9 €
Reste à charge	2 €*	2 €*	2 €*

*2 € = participation forfaitaire obligatoire laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin

SOINS COURANTS - EXEMPLE DE REMBOURSEMENTS

Justine consulte un médecin spécialiste, non signataire de l'OPTAM.
La consultation coûte 66 €.

	Base	Niveau 1	Niveau 2
% Sécurité sociale + mutuelle	130 %	155 %	180 %
Sécurité sociale	70 %	70 %	70 %
Remboursement Sécurité sociale BR = 23 € % BR = 70 % = 23 x 70 % = 16.10 € Moins 2 € de franchise* = 14.10 €	14.10 €	14.10 €	14.10 €
Mutuelle	60 %	85 %	110 %
Remboursement Mutuelle	BR = 23 € % = 60 % = 23 x 60 % = 13.80 €	BR = 23 € % = 85 % = 23 x 85 % = 19.55 €	BR = 23 € % = 110 % = 23 x 110 % = 25.30 €
	13.80 €	19.55 €	25.30 €
Reste à charge*	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

HOSPITALISATION - EXEMPLE DE REMBOURSEMENTS

Hélène va se faire opérer de la cataracte dans le secteur privé.
Le chirurgien est signataire OPTAM, ses dépassements d'honoraires sont donc encadrés.
L'opération coûte 443 €.

	Base	Niveau 1	Niveau 2
% Sécurité sociale + mutuelle	150 %	175 %	200 %
Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Remboursement Sécurité sociale BR = 271.70 € % BR = 100 % = 271.70 x 100 % = 271.70 €	271.70 €	271.70 €	271.70 €
Mutuelle	50 %	75 %	100 %
Remboursement Mutuelle	BR = 271.70 € % BR = 50 % = 271.70 x 50 % = 135.85 €	BR = 271.70 € % BR = 75 % = 271.70 x 75 % = 203.78 € + que le reste à charge = remboursement total	BR = 271.70 € % BR = 100 % = 271.70 x 100 % = 271.70 € + que le reste à charge = remboursement total
	135.85 €	171.30 €	171.30 €
Reste à charge	35.45 €	0 €	0 €

HOSPITALISATION - EXEMPLE DE REMBOURSEMENTS

Hélène va se faire opérer de la cataracte dans le secteur privé.
Le chirurgien n'est pas signataire OPTAM et facture des dépassements d'honoraires.
L'opération coûte 486 € (214.30 € de dépassements).

	Base	Niveau 1	Niveau 2
% Sécurité sociale + mutuelle	130 %	155 %	180 %
Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Remboursement Sécurité sociale BR = 271.70 € % BR = 100 % = 271.70 x 100 % = 271.70 €	271.70 €	271.70 €	271.70 €
Mutuelle	30 %	55 %	100 %
Remboursement Mutuelle	BR = 271.70 € % BR = 30 % = 271.70 x 30 % = 81.51 €	BR = 271.70 € % BR = 55 % = 271.70 x 55 % = 149.44 € + que le reste à charge = remboursement total	BR = 271.70 € % BR = 80 % = 271.70 x 80 % = 217.36 € + que le reste à charge = remboursement total
	81.51 €	149.44 €	214.30 €
Reste à charge	132.79 €	64.86 €	0 €

Attention : soyez vigilants face à la tarification médicale excessive, en particulier concernant les honoraires de certains praticiens, notamment dans des régions comme Paris. Vérifiez toujours si le praticien est signataire ou non de la convention OPTAM, afin de limiter les dépassements d'honoraires.

HOSPITALISATION - LES FORFAITS

	Base	Niveau 1	Niveau 2
Forfait ambulatoire	25 € / jour	30 € / jour	40 € / jour
Chambre particulière Chirurgie, Maladie, Obstétrique	80 € / jour	100 € / jour	120 € / jour
Chambre particulière SSR et Psychiatrie (30 jours / an)	60 € / jour	80 € / jour	100 € / jour
Frais accompagnant enfant moins de 16 ans	40 € / jour	50 € / jour	60 € / jour

OPTIQUE - EXEMPLE DE REMBOURSEMENTS

Marie doit s'équiper d'une paire de lunettes à verres progressifs et ne choisit pas le dispositif 100 % santé. Le devis de l'opticien est de 592 € (246 € / verre + 100 € monture).
 La sécurité sociale rembourse 9 centimes au total (3 centimes / verre et 3 centimes monture).
Le remboursement mutuelle de la monture est obligatoirement limité à 100 €.

	Base	Niveau 1	Niveau 2
% Sécurité sociale + forfait mutuelle	60 % + forfait	60 % + forfait	60 % + forfait
Sécurité sociale	60 %	60 %	60 %
Remboursement Sécurité sociale Verre : BR = 0.05 € % BR = 60 % = 0.05 x 60 % = 0.03 € Monture : BR = 0.05 € % BR = 60 % = 0.05 x 60 % = 0.03 € 2 verres + montures = 0.03 * 3 = 0.09 €	0.09 €	0.09 €	0.09 €
Forfait Mutuelle	550 €	550 €	550 €
Remboursement Mutuelle Equipement à verre complexe (225 € x 2 verres + 100 € monture)	550 €	550 €	550 €
Reste à charge	41.91 €	41.91 €	41.91 €

OPTIQUE - LES FORFAITS

	Base - Niveau 1 - 2
Monture	100 €
Verre unifocal sphérique	
• Sphere de -6 à +6	90 €
• Sphère < 6 ou > 6	165 €
Verre unifocal sphéro-cylindrique	
• Cylindres +4, sphère de -6 à 0	90 €
• Sphère >0 et (sphère + cylindre) : 5 + 6	
• Sphère >0 et (sphère + cylindre) >+ 6	
• Cylindre +0,25 et sphère <- 6	165 €
• Cylindre +4 et sphère de -6 à 0	
Verre multifocal ou progressif sphérique	
• Sphère 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	
• Cylindre >+4, sphère de -8 à 0	
• Sphère >0 et (sphère + cylindre) >+ 8	300 €
• Cylindre +0,25, sphère <- 8	

AUDIOLOGIE - EXEMPLE DE REMBOURSEMENTS

Bernard doit s'équiper d'audioprothèses et il ne choisit pas le dispositif 100 % santé.
Le devis de l'audioprothésiste est de 1 515 €.

	Base	Niveau 1	Niveau 2
% Sécurité sociale + forfait mutuelle	60 % + forfait	60 % + forfait	60 % + forfait
Sécurité sociale	60 %	60 %	60 %
Remboursement Sécurité sociale BR = 400 € % BR = 60 % = 400 x 60 % = 240 €	240 €	240 €	240 €
Forfait Mutuelle	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement Mutuelle	1 275 €	1 275 €	1 275 €
Reste à charge	0 €	0 €	0 €

AUDIOLOGIE - LES FORFAITS

	Base	Niveau 1	Niveau 2
Remboursement par aide auditive Equipement Classe I "100 % santé"	Remboursement intégral		
Remboursement par aide auditive Equipement Classe II	1 500 €	1 500 €	1 500 €

DENTAIRE - EXEMPLE DE REMBOURSEMENTS

Françoise doit se faire poser une couronne céramo-métallique sur molaire et ne choisit par le dispositif 100 % santé. Le dentiste pratique des tarifs libres.
Le devis du dentiste est de 561.99 €.

	Base	Niveau 1	Niveau 2
% Sécurité sociale + mutuelle	250 %	320 %	370 %
Sécurité sociale	60 %	60 %	60 %
Remboursement Sécurité sociale BR = 120 € % BR = 60 % = 120 x 60 % = 72 €	72 €	72 €	72 €
Mutuelle	190 %	260 %	310 %
Remboursement Mutuelle	BR = 120 € % BR = 190 % = 120 x 190 % = 228€	BR = 120 € % BR = 260 % = 120 x 260 % = 312 €	BR = 120 € % BR = 310 % = 120 x 310 % = 372 €
	228 €	312 €	372 €
Reste à charge	261.99 €	177.99 €	117.99 €

DENTAIRE - LES FORFAITS

	Base	Niveau 1	Niveau 2
Orthodontie (non remboursée Sécurité sociale ; par an)		400 €	
Parodontologie (par an)	150 €	200 €	250 €
Implantologie (par implant)	400 €	500 €	600 €
Autre acte dentaire (non remboursé Sécurité sociale ; par an)	50 €	100 €	150 €

AUTRES PRESTATIONS

	Base	Niveau 1	Niveau 2
Médecines alternatives <i>Ostéopathie, Chiropratie, Étiopathie, Hypnose, Réflexologie, Acupuncture, Psychologie</i>		150 € / an	
Pharmacie non remboursée		50 € / an	
Contraception (sur prescription)		80 € / an	
Substituts nicotiques (sur prescription)		100 € / an	
Bilan nutritionnel		40 € / an	
Consultation diététicien		15 € / séance	
Forfait cure thermale (sur prescription)	100 € / an	150 € / an	200 € / an
Aide familiale (subordonnée au versement CAF)		1.50 € / heure	
Aide ménagère à domicile (subordonnée au versement de la caisse de retraite)		4.90 € / heure	



SERVICE SOCIAL, AIDE EXCEPTIONNELLE ET PRÊT SANTÉ

Assistante sociale à disposition

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



ALLOCATION ANNUELLE ENFANT HANDICAPÉ

Versée selon le taux de reconnaissance MDPH (Maison départementale des personnes handicapées)

250 € pour 50 à 79 %

350 € pour 80 % et +



GARANTIES D'ASSISTANCE ET PROTECTION JURIDIQUE

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

Protection juridique en cas de litige avec un professionnel de santé

Prestations

++



SERVICE SOCIAL



ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Assistante sociale à disposition

- Démarche administratives
- Orientation en fonction de la situation & des besoins
- Lien avec des associations
- Soutien, écoute, conseil...



FONDS D'ACTION SOCIALE

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

- Aide financière exceptionnelle
- Prêt Santé en cas de dépenses de santé trop onéreuse
- Étude personnalisée

(dossier à retirer auprès de l'Assistante sociale)



PRÉVENTION

La mutuelle propose régulièrement des actions de prévention :

- Webinaires prévention
- Santé environnementale
- Santé des femmes
- Santé mentale
- Thématiques sur demande...

Ateliers en présentiel et/ou distanciel

Précisions

- + Une option unique pour la famille
- + Pas de questionnaire médical, ouverture immédiate des droits
- + Remboursement en moyenne sous 48h
- + Changement de garantie possible après 1 an d'ancienneté.
Changement au 1er jour du mois suivant la demande





La tarification

- Tarification simple
- 5 tranches d'âge pour les agents actifs
- 1 tarif unique pour les agents retraités
- Tarif unique par enfant
- Cotisation gratuite à partir du 3^{ème} enfant

Tarifs mensuels au 1^{er} janvier 2026

avant déduction de la 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 €

Exemple de tarification

avant déduction de la participation employeur

Tranche d'âge	Base	Niveau 1	Niveau 2
AGENT moins de 30 ans inclus + 1 ENFANT	67,66 €	75,14 €	90,06 €
AGENT de plus de 30 à 40 ans inclus + CONJOINT de plus de 40 ans à 50 ans inclus	108,28 €	120,12 €	143,78 €
AGENT de plus de 40 à 50 ans inclus + CONJOINT de plus de 40 à 50 ans inclus + 3 ENFANTS (3ème enfant gratuit)	172,78 €	191,58 €	229,10 €
AGENT de plus de 50 ans + CONJOINT de plus de 40 à 50 ans inclus	126,42 €	140,50 €	168,64 €



Les bénéficiaires

1. Agents actifs
2. Agents retraités
3. Ayants droit

AGENTS ACTIFS

Agents fonctionnaires et contractuels de droit public ou de droit privé dans l'effectif de l'Employeur, même à temps non-complet, y compris :

- Les fonctionnaires momentanément privés d'emploi (FMPE),
- Les agents détachés,
- Les agents mis à disposition, selon les termes de la convention prévue à cet effet. À défaut de convention, ces agents bénéficient de la qualité de bénéficiaires.

Prélèvement sur le salaire



2 agents territoriaux en couple doivent adhérer individuellement pour bénéficier de la participation employeur

AYANTS DROIT

- Conjoint (époux, concubin)
- Partenaire PACS
- Enfants jusqu'à 25 ans révolus, non salarié et à charge, de l'adhérent ou du conjoint

AGENTS ACTIFS

Les agents placés dans l'une des situations suivantes :

- Position, situation ou congé de toute nature donnant lieu au maintien total ou partiel d'une rémunération, d'un traitement, d'un salaire, d'un revenu de remplacement ou d'une prestation en espèces versée par son Employeur, un organisme de Sécurité sociale ou un organisme d'assurance,
- Congé parental,
- Disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales,
- Congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale,
- Congé de formation professionnelle.

AGENTS RETRAITÉS

Agents fonctionnaires et contractuels de droit public ou de droit privé dans l'effectif du Souscripteur titulaires d'une pension de retraite de droit direct d'un régime de base ; sous réserve d'adhérer dans un délai d'un an après la mise en retraite. **Pas de participation employeur.**

Prélèvement sur le compte bancaire

Les modalités d'adhésion

1. Employeurs
2. Agents



Adhésion employeurs

Etapes de contractualisation entre Mutame & Plus, le CDG 90 et la collectivité

Etape 1

INTENTION

Compléter la déclaration d'intention en ligne



Intention en ligne

Etape 2*

POUR LES COLLECTIVITÉS DE PLUS DE 50 AGENTS = CST

Saisir le CST pour soumettre votre délibération

Etape 3

DÉLIBÉRATION

Délibérer en conseil (municipal, communautaire...) + Complétude du bulletin d'adhésion de la collectivité

Etape 4

TRANSMISSION

Envoyer la copie de la délibération + le bulletin d'adhésion de la collectivité à psc@cdg90.fr et l.hervieu@mutame-plus.fr

Transmission avant le 20 du mois = Souscription à M+1 au plus tôt

Transmission après le 20 du mois = Souscription du contrat à M+2 au plus tôt

* Le CST du 30 septembre a validé pour les collectivités affiliées au CDG, un avis favorable à la convention.

Adhésion des agents

L'adhésion est enregistrée au 1^{er} jour du mois (pas en cours de mois).

Elle n'est valide qu'à réception du dossier complet et conforme.

- Réception du bulletin d'adhésion avant le 20 du mois, adhésion effective au 1^{er} jour du mois suivant (sans délégation de Résiliation Infra-Annuelle).
- Réception du bulletin d'adhésion entre le 20 et 31 du mois ou en cas de Résiliation Infra-Annuelle, adhésion effective le 1^{er} jour du mois M+2.

01

**ADHÉSION AU
1^{ER} DU MOIS**

de l'agent auprès de Mutame & Plus (complétude du bulletin d'adhésion)

02

ENREGISTREMENT

de l'adhésion par Mutame & Plus

03

RÉSILIATION

de la précédente mutuelle (si contrat de + un an) par Mutame & Plus (complétude du mandat de résiliation)

04

INFORMATION

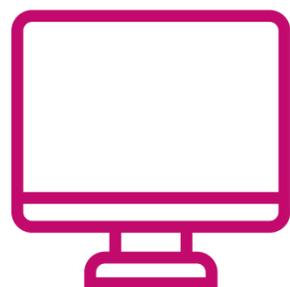
à la collectivité de l'adhésion de l'agent

05

PRÉLÈVEMENT

de la cotisation sur le salaire

Comment adhérer ?



Sur internet



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



www.bit.ly/MSTCDG90



Avec nos conseillers

En permanence avec un conseiller Mutame & Plus
Par téléphone au 02 33 05 29 20



Avec la brochure d'adhésion

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

Résiliation du précédent contrat

Contrat de PLUS d'1 an

Mutame & Plus s'occupe de tout

Dans le cadre de la RIA (Résiliation Infra-Annuelle), Mutame & Plus peut se charger de résilier la précédente mutuelle de l'agent sous réserve que le contrat ait été souscrit **depuis au moins un an**.

L'agent remplit simplement un mandat de résiliation et le retourne avec son bulletin d'adhésion à la mutuelle.

Contrat de MOINS d'1 an

Si le contrat précédent est de moins d'un an, l'agent doit résilier à échéance par lui-même avec le préavis imposé par son contrat.

- Résiliation annuelle : Résiliation possible chaque 31 décembre, sur demande envoyée avant le 31 octobre.
- Loi Châtel : Possibilité de refuser la reconduction tacite du contrat individuel dans les 20 jours suivant l'avis d'échéance, ou à tout moment sans pénalités si cet avis n'a pas été adressé.



[Résilier son contrat santé](#)

Rôle du service RH

1. Préparation des données de paies

Vérifie l'exactitude des informations agents et cotisations dans le logiciel de paie.

2. Transmettre les cotisations via la DSN

Chaque mois, après la paie, la DSN est générée. Elle contient les données de précompte (prélèvement sur salaire) des agents affiliés à la mutuelle.

3. Analyse des retours (CRM)

Consulte les comptes rendus de la mutuelle pour repérer et corriger les éventuelles anomalies.

4. Suivi des mouvements d'agents

Met à jour les données en cas d'arrivée, départ ou changement de situation.

5. Coordination avec les partenaires

Collabore avec l'éditeur de paie et la mutuelle en cas de problème de transmission.

6. Conformité et confidentialité

Respecte les délais légaux et assure la sécurité des données personnelles.

Un espace en ligne pour l'employeur

- Réservé au correspondant de la collectivité (RH, secrétaire...)
- Disponible 7 j sur 7, 24h sur 24
- 100 % sécurisé
- Plusieurs espaces possibles pour une même collectivité



Pour gérer les paies.

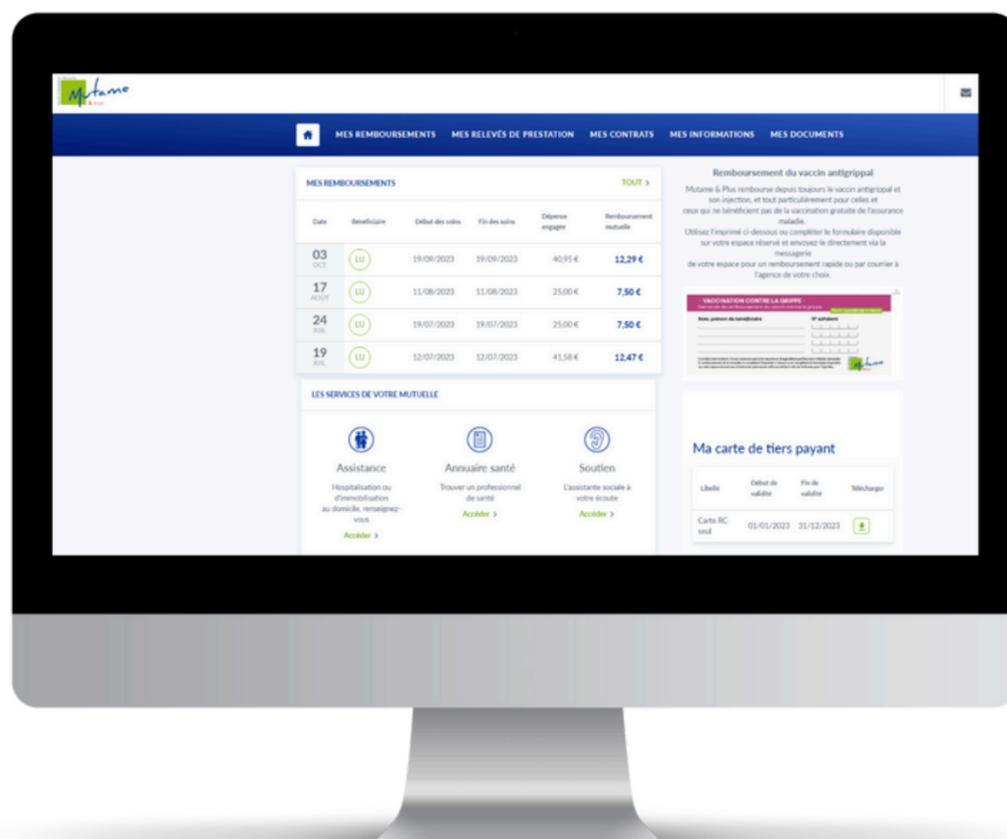
- Mise à disposition des appels de cotisations
- Messagerie interne



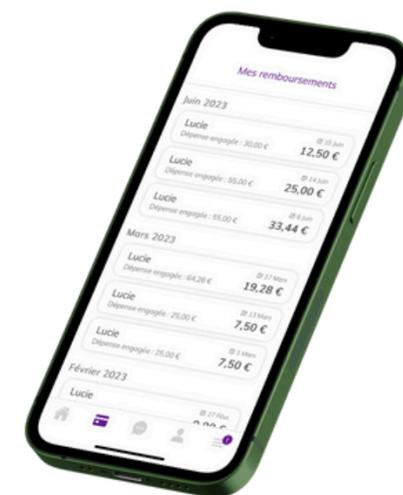
Un espace en ligne pour l'adhérent

- Réservé à l'adhérent et sa famille
- Disponible 7 j sur 7, 24h sur 24
- 100 % sécurisé

- Consultation des remboursements et des garanties
- Edition des relevés de prestations
- Messagerie rapide
- Envoi des factures et justificatifs
- Demande de prise en charge et devis
- Modifications des coordonnées personnelles



www.mutame-plus.fr



Application mobile disponible



Pourquoi adhérer à la convention de participation conclue par le CDG ?

- permettre à vos agents d'accéder plus facilement aux soins ;
- réduire les risques d'absentéisme pour raison de santé ;
- lutter contre la précarité par une politique sociale ambitieuse.

-
- 
- grâce à la mutualisation, les taux de cotisation sont attractifs ;
 - 3 niveaux de garanties sont proposés afin que chacun puisse choisir un niveau de couverture adapté à ses besoins.
 - plus d'agents adhèrent au contrat collectif, plus le risque est mutualisé.
 - **mise en conformité de la collectivité sur le dispositif PSC en santé au 01/01/2026**

Présentation du contrat en collectivité

Réunions ou Permanences dans les collectivités signataires

Organisation avec votre accord, de réunions et de permanences
au sein de votre structure
afin de présenter à vos agents les avantages du contrat négocié

Une conseillère dédiée
Tanya LONCHAMP

Conseillère mutualiste

06 87 80 93 33

t.lonchamp@mutame-plus.fr

Contacts

En amont du contrat



Lucie HERVIEU

Responsable de Coordination et
de Support Stratégique
l.hervieu@mutame-plus.fr

Réunions/Permanences



Stéphane GUYOD

Directeur de l'agence BELFORT
s.guyod@mutame-plus.fr

En aval du contrat



Nathalie FAUNY

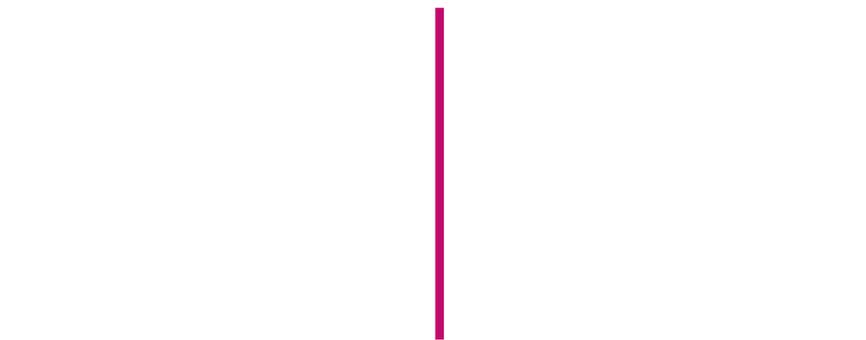
Responsable gestion des contrats
n.fauny@mutame-plus.fr



Tanya LONCHAMP

Conseillère mutualiste
t.lonchamp@mutame-plus.fr

Coordonnées



Une question ?
N'hésitez pas à nous
contacter



AGENCE BELFORT

Mutame & Plus

1 rue Strolz 90000 BELFORT

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

02 33 05 29 20

ADRESSE E-MAIL

contact@mutame-plus.fr