



Mutame Santé Territorial

Un contrat santé pour les agents territoriaux

**CONVENTION DE PARTICIPATION SANTÉ
PROPOSÉE PAR VOTRE EMPLOYEUR VIA LE
CENTRE DE GESTION DE LA FPT
D'ILLE ET VILAINE (35)**

CdG 35

Santé • Prévoyance • Mutuelle
Mutame
& PLUS

Le contexte PSC

Dans le cadre de la réforme de la PSC (Protection Complémentaire Santé), le Centre de Gestion de l'Ille-et-Vilaine propose une convention de participation pour la Santé aux collectivités du département et adhérentes au CDG 35.

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 de l'Ille-et-Vilaine vous propose la convention de participation "Mutame Santé Territorial - CDG35" pour vous couvrir dès le 1er janvier 2026.

Régime obligatoire et régime complémentaire



Assurance Maladie Obligatoire (AMO) :

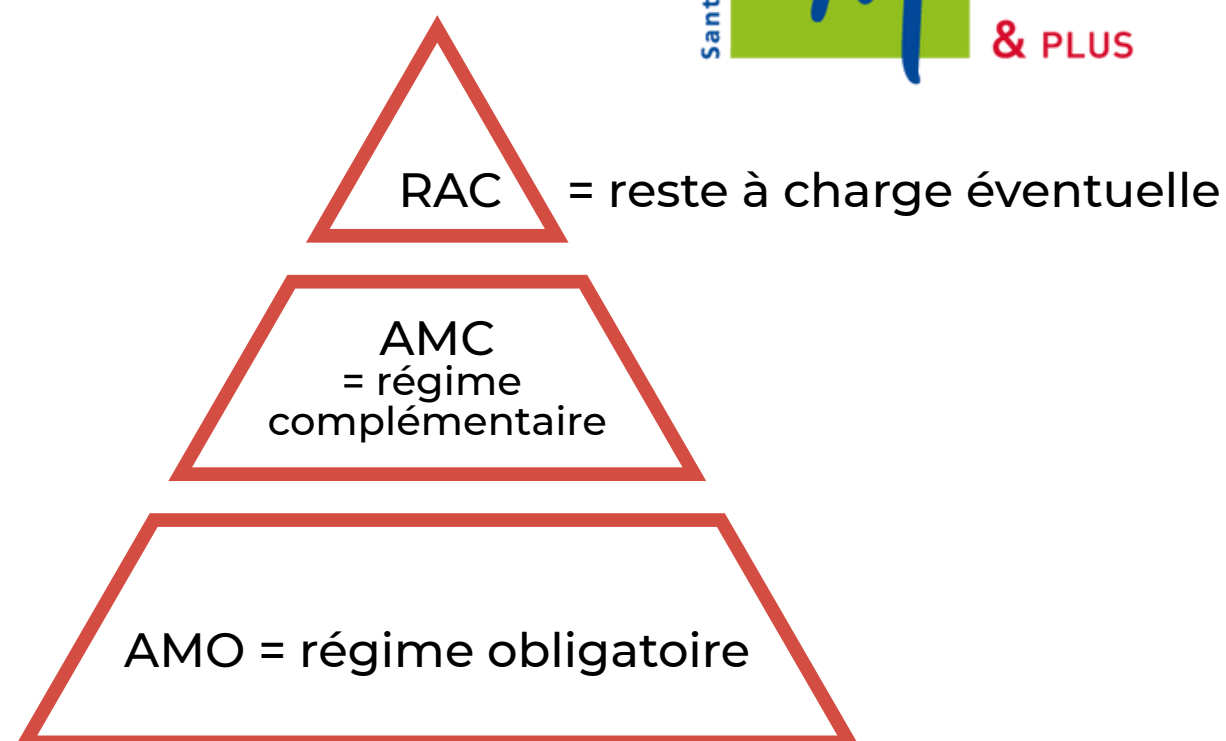
L'Assurance Maladie Obligatoire comprend l'ensemble des régimes obligatoires (RO) couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents. Elle permet de couvrir la prise en charge des frais de santé engagés et/ou de compenser une perte de revenu liée à une incapacité physique de travail. Synonymes : régimes obligatoires (de protection sociale) (RO), Sécurité sociale, régimes de base



Assurance Maladie Complémentaire (AMC) :

C'est l'ensemble des garanties, proposées par les différents organismes complémentaires d'assurance maladie, assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne et/ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire. L'adhésion à une couverture maladie complémentaire est soit facultative, soit obligatoire (pour les salariés).

Synonymes : mutuelle, complémentaire santé, organisme complémentaire d'assurance maladie (OCAM)



**1 prestation santé prise en charge Sécurité sociale =
remboursement AMO + remboursement AMC**



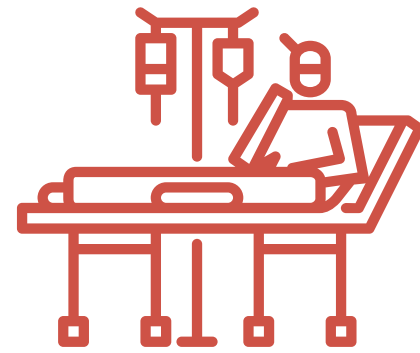
Les garanties

3 niveaux de garanties pour toute la
famille

Un contrat responsable, solidaire et 100 % Santé



Soins courants



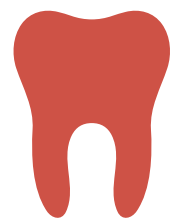
Hospitalisation
Chambre
particulière



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.

Lexique complet sur unocam.fr

SOINS COURANTS - EXEMPLE DE REMBOURSEMENTS

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

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
% Sécurité sociale + mutuelle	125 %	150 %	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	55 %	80 %	130 %
Remboursement Mutuelle BR = 30 € % = 55 % = 30 x 55 % = 16,50 € + que le reste à charge = remboursement total = 9 €	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 €.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
% Sécurité sociale + mutuelle	130 %	180 %	200 %
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 %	110 %	130 %
Remboursement Mutuelle	BR = 23 € % = 60 % = 23 x 60 % = 13.80 €	BR = 23 € % = 110 % = 23 x 110 % = 25.30 €	BR = 23 € % = 130 % = 23 x 130 % = 29.90 €
Reste à charge	38.10 €	26.60 €	22 €

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

SOINS COURANTS - LES FORFAITS

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Médecines alternatives <i>Acupuncture, Chiropratique, Diététique, Étiopathie, Hypnothérapie, Mésothérapie, Microkinésithérapie, Ostéopathie, Podologie et la Pédicurie, Psychologie, Psychothérapie, Psychomotricité, Réflexologie</i>	100 € / an	150 € / an	200 € / an

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 €.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
% Sécurité sociale + mutuelle	150 %	200 %	250 %
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 %	100 %	150 %
Remboursement Mutuelle	BR = 271.70 € % BR = 50 % = 271.70 x 50 % = 135.85 €	BR = 271.70 € % BR = 100 % = 271.70 x 100 % = 271.70 € + que le reste à charge = remboursement total	BR = 271.70 € % BR = 200 % = 271.70 x 200 % = 543.40 € + 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 €.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
% Sécurité sociale + mutuelle	130 %	180 %	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	30 %	80 %	100 %
Remboursement Mutuelle	BR = 271.70 € % BR = 30 % = 271.70 x 30 % = 81.51 €	BR = 271.70 € % BR = 80 % = 271.70 x 80 % = 217.36 € + 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
	81.51 €	214.30 €	214.30 €
Reste à charge	132.79 €	0 €	0 €

HOSPITALISATION - LES FORFAITS

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Chambre particulière	50 € / jour	65 € / jour	80 € / jour
Frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par enfant et par an)	30 € / jour	35 € / jour	40 € / jour
Amniocentèse	30 €	30 €	50 €

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 €.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
% 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	300 €	500 €	600 €
Remboursement Mutuelle Equipement à verre complexe (c)	300 €	500 €	591.91 €
Reste à charge	291.91 €	91.91 €	0 €

OPTIQUE - LES FORFAITS

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
a) Equipement à verres simples	150 €	250 €	300 €
b) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	225 €	375 €	450 €
c) Equipement à verres complexes	300 €	500 €	600 €
d) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	225 €	375 €	450 €
e) Equipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	300 €	500 €	600 €
f) Equipement à verres très complexes	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	150 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'oeil (par œil par an)	200 €	300 €	400 €

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 €.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
% 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	1 000 €	1 250 €	1 500 €
Remboursement Mutuelle	1 000 €	1 250 €	1 275 €
Reste à charge	275 €	25 €	0 €

AUDIOLOGIE - LES FORFAITS

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	1 000 €	1 250 €	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 €.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
% Sécurité sociale + mutuelle	200 %	300 %	400 %
Sécurité sociale	60 %	60 %	60 %
Remboursement Sécurité sociale BR = 120 € % BR = 60 % = 120 x 60 % = 72 €	72 €	72 €	72 €
Mutuelle	140 %	240 %	340 %
Remboursement Mutuelle	BR = 120 € % BR = 140 % = 120 x 140 % = 168 €	BR = 120 € % BR = 240 % = 120 x 240 % = 288 €	BR = 120 € % BR = 340 % = 120 x 340 % = 408 €
	168 €	288 €	408 €
Reste à charge	321.99 €	201.99 €	81.99 €

DENTAIRE - LES FORFAITS

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Prothèses dentaires (par prothèse)	200 €	300 €	400 €
Traitement d'orthodontie (par semestre)	200 €	300 €	400 €
Parodontologie (par an)	100 €	250 €	350 €
Implants (par implant, limité à 3 implants / an)	100 €	300 €	500 €

AUTRES PRESTATIONS NON REMBOURSÉES SÉCURITÉ SOCIALE

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Allocation naissance ou adoption (par enfant)	250 €	250 €	250 €
Pharmacie homéopathique	50 € / an	75 € / an	100 € / an
Substituts nicotiniques	150 € / an	150 € / an	150 € / an



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



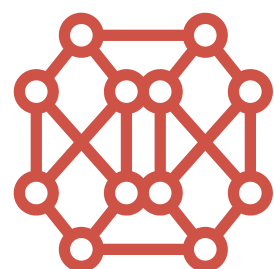
GARANTIES D'ASSISTANCE ET PROTECTION JURIDIQUE

- Assistance au domicile en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation ou de maternité
- Protection juridique en cas de litige avec un professionnel de santé



TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE - DEUXIÈME AVIS MÉDICAL

Plateforme [bonjourdocteur.com](https://www.bonjourdocteur.com)
01 55 92 19 33



RÉSEAU DE SOINS

Réseau en Audio-Dentaire-Optique-(tarifs négociés)
Offre de soins bien-être et médecines douces
[Géolocalisation](#)

Prestations



Précisions

- + Une option unique pour la famille
- + Pas de questionnaire médical
- + Ouverture immédiate des droits
- + 2 agents territoriaux en couple doivent adhérer individuellement pour bénéficier de la participation employeur
- + Changement de garantie possible après 1 an d'ancienneté





La tarification

- Tarification simple
- 4 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	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
ENFANT	19.03 €	24.46 €	38.33 €
ACTIF moins de 30 ans inclus	33.58 €	44.77 €	67.63 €
ACTIF de plus de 30 à 40 ans inclus	38.05 €	54.36 €	76.65 €
ACTIF de plus de 40 à 50 ans inclus	44.77 €	63.96 €	90.18 €
ACTIF de plus de 50 ans	60.44 €	83.14 €	103.71 €
RETRAITÉ	67.15 €	102.33 €	117.23 €

Exemple de tarification

avant déduction de la participation employeur

Tranche d'âge	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
AGENT moins de 30 ans inclus + 1 ENFANT	52,61 €	69,23 €	105,96 €
AGENT de plus de 30 à 40 ans inclus + CONJOINT de plus de 40 ans à 50 ans inclus	82,82 €	118,32 €	166,83 €
AGENT de plus de 40 à 50 ans inclus + CONJOINT de plus de 40 à 50 ans inclus + 3 ENFANTS (3ème enfant gratuit)	127,60 €	176,84 €	257,02 €
AGENT de plus de 50 ans + CONJOINT de plus de 40 à 50 ans inclus	105,21 €	147,10 €	193,89 €

*L'adhésion
des agents
territoriaux*



Les bénéficiaires

Adhérent

- Agents actifs ----->
- Retraités ----->

Prélèvement sur le salaire

Prélèvement sur le compte bancaire

Les cotisations des agents actifs sont prélevées sur le salaire. Vous recevez directement la participation employeur sur votre paie.

Ayants droit

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



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

Les modalités d'adhésion

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.



Résiliation du précédent contrat

Contrat de PLUS d'1 an

Mutame & Plus s'occupe de tout

RIA

1 an de contrat et préavis 30 jours

Contrat de MOINS d'1 an

Si le contrat précédent < 1 an, l'agent doit résilier à échéance par lui-même avec le préavis imposé par son contrat.

Résiliation annuelle

Résiliation au 31 décembre
Demande envoyée avant le 31 octobre.

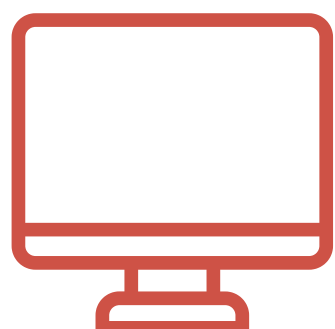
Loi Châtel

Dans les 20 jours suivant l'avis d'échéance, ou à tout moment sans pénalités si cet avis n'a pas été adressé.



Comment adhérer ?

Sur internet



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



Avec nos conseillers



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

Avec la brochure d'adhésion



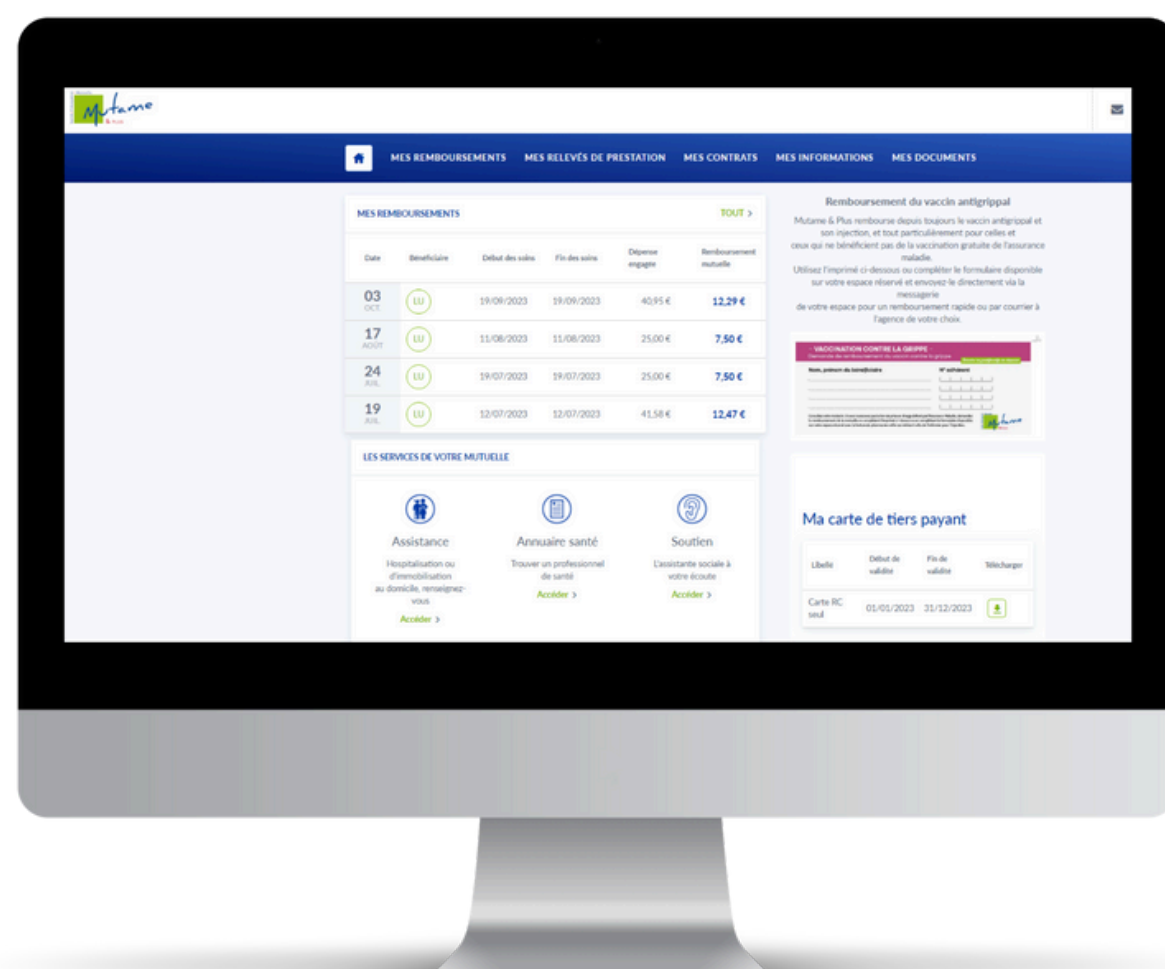
 www.bit.ly/MSTCDG35

Compléter, signer, joindre un RIB

Envoyer à
Mutame & Plus
Service Gestion des contrats
4 rue Emile Enault
50000 SAINT-LÔ

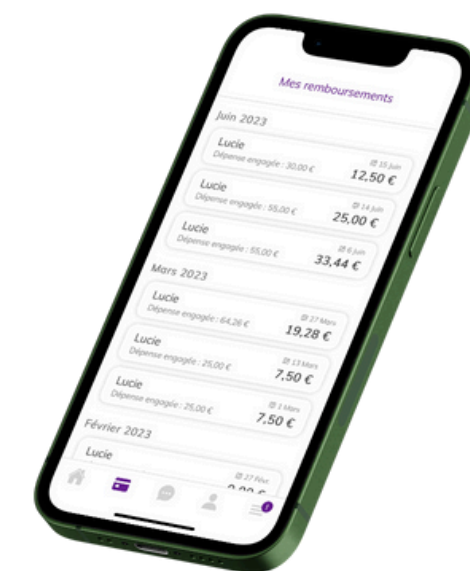
Un espace en ligne

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



www.mutame-plus.fr

- 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



Application mobile disponible



Besoin de renseignements ?

Notre équipe de conseillers

Réunions ou Permanences dans les collectivités signataires



Bastien ACHER

Directeur commercial



Tanya LONCHAMP

Belfort



Mélanie SASSI

Caen



Lucile DROUET

Caen



Théo HAMOND

Conseiller mutualiste
Bretagne



Clémence GRELLIER

Caen



Sarah SAINTIVE

Orléans



Elisa MARTIN

Saint-Lô

Coordonnées



Une question ?
N'hésitez pas à nous contacter



SIÈGE SOCIAL

 Mutame & Plus
4 Rue Emile Enault 50000 SAINT-LÔ

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

 02 33 05 29 20

ADRESSE E-MAIL

 contact@mutame-plus.fr