

Mutame

SANTÉ TERRITORIAL

PARTICIPATION
EMPLOYEUR

CENTRE DE GESTION D'ILLE ET VILAINE



CONVENTION
DE PARTICIPATION SANTÉ

www.mutame-plus.fr
02 33 05 29 20 - contact@mutame-plus.fr





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

LES + DU CONTRAT

- + **Dépassements d'honoraires** médecins, chirurgiens et anesthésistes
- + Remboursement intégral des **médicaments** en complément de la Sécurité Sociale
- + Forfait annuel **Médecines Alternatives**, Substituts nicotiniques, **Pharmacie homéopathie...**
- + **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...
- + **Réseau de soins**
- + **Téléconsultation**
- + **2ème Avis médical**
- + **Allocation** naissance ou adoption

UNE TARIFICATION SIMPLE

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 €

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

Exemple : pour un 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 actif de 40 à 50 ans + de la tranche actif de 30 à 40 ans + la cotisation enfant soit 101,85 € en niveau 1 ; 142,78 € en niveau 2 et 205,16 € en niveau 3.

*Agent retraité : à compter de la mise en retraite.
Tarification indiquée hors 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 €

Soins courants

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3

Prestations remboursées par l'Assurance maladie :

Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhérents 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 adhérents 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://annuaire.sante.ameli.fr>

Honoraires :			
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	125%	150%	200%
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	105%	130%	180%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	200%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	180%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux (y compris sage-femme)	100%	125%	150%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%
Analyse et examens de laboratoires	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%

Médicaments :

Médicaments (tous les niveaux de remboursements par l'Assurance maladie)	100%	100%	100%
Vaccins anti-grippaux	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%

Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif)

Ensemble du matériel sur la liste des produits et prestations (LPP)	200%	300%	400%
---	------	------	------

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

Participation du patient actes > 120 Euros	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Pharmacie homéopathique	50 € / an	75 € / an	100 € / an
Substituts nicotiniques	150 € / an	150 € / an	150 € / an
Médecines alternatives			
Acupuncture, Chiropratique, Diététique, Étio-pathie, Hypno-thérapie, Mésothérapie, Micro kinésithérapie, Ostéopathie, Podologie et la Pédi-curie, Psychologie, Psychothérapie, Psychomotricité, Réflexologie	100 € / an	150 € / an	200 € / an

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3

Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhérents 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 adhérents 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://annuaire.sante.ameli.fr>

Prestations remboursées par l'Assurance maladie :

Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%

Soins thermaux 100% + 150 € 100% + 200 € 100% + 250 €

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

Participation du patient actes > 120 Euros	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (sans limite de durée)	50 € / jour	65 € / jour	80 € / jour
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par enfant et limité à 60 jours)	30 € / jour	35 € / jour	40 € / jour
Amniocentèse	30 €	30 €	50 €

Optique

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3

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* appartenant à une classe à prise en charge renforcée

	Remboursement intégral		
Équipement complet			
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement de l'équipement (limité à 100€ pour la monture) :			
a) Équipement à verres simples	150 €	250 €	300 €
b) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	225 €	375 €	450 €
c) Équipement à verres complexes	300 €	500 €	600 €
d) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	225 €	375 €	450 €
e) Équipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	300 €	500 €	600 €
f) Équipement à verres très complexes	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire. Cumulable avec le forfait lunette	150 €	200 €	250 €
Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques	100%	100%	100%

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	150 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil)	200 €	300 €	400 €

Dentaire			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%
Honoraires - Soins dentaires non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%
Traitement d'orthodontie	200%	300%	400%
Prothèses dentaires (y compris inlays-onlays et inlays core) :			
Panier de soins 100% santé* sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)	Remboursement intégral		
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	200%	300%	400%
Panier de soins aux tarifs libres	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
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 €
Aides auditives¹			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.			
Équipement 100% santé* appartenant à une classe à prise en charge renforcée			
Équipement complet			
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
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 €
Autres prestations			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Actes de prévention (7 actes selon l'arrêté du 8 juin 2006) :			
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%
Détartrage annuel complet	100%	100%	100%
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%
Vaccins (selon arrêté du 8 juin 2006)	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Allocation naissance ou adoption (par enfant)	250 €	250 €	250 €
Aide exceptionnelle et Prêt Santé	Oui	Oui	Oui
(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		
<small>Le service est accessible 7 jours 7, 24h sur 24.</small>	09 69 39 99 76 (appel non surtaxé)		
Protection juridique			
<small>Le service est accessible de 09H00 à 17H45, du lundi au vendredi (sauf jours fériés).</small>			
Service deuxième avis médical	Accessible sur la plateforme : www.bonjourdocteur.com ou au 01 55 92 19 33		
Téléconsultation			

BR : Base de remboursement de l'Assurance maladie Obligatoire

DPTAM : DPTAM : Dispositifs 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^{er} 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