



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

Mutame Santé Territorial

**CENTRE DE GESTION DE LA FPT
D'ILLE ET VILAINÉ (35)**



Le contexte

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 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 couvrir vos agents dès maintenant.



Les garanties

3 niveaux de garanties pour toute la
famille

Un contrat responsable, solidaire et 100 % Santé



Soins courants



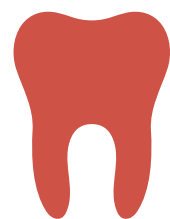
Hospitalisation
Chambre
particulière



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-ACO (= DPTAM)

Ces dispositifs prennent la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-ACO) 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-ACO), 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-ACO, 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 €.

	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, Hypno- thérapie, Mésothérapie, Micro kinésithérapie, 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 = 150 % = 271.70 x 150 % = 407.55 € + 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 (sans limitation de durée)	50 € / jour	65 € / jour	80 € / jour
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 - 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 (ORTHODONTIE)- EXEMPLE DE REMBOURSEMENTS

Emilien, 14 ans, doit se faire poser un appareil dentaire. L'orthodontiste facture le semestre à 714.10 €.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
% Sécurité sociale + mutuelle	200 %	300 %	400 %
Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Remboursement Sécurité sociale BR = 193.50 € % BR = 100 % = 193.50 x 100 % = 193.50€	193.50 €	193.50 €	193.50 €
Mutuelle	100 %	200 %	300 %
Remboursement Mutuelle	BR = 193,50 € % BR = 100 % = 193,50 x 100 % = 193,50 €	BR = 193,50€ % BR = 200 % = 193,50 x 200 % = 387 €	BR = 193,50 € % BR = 300 % = 193,50 x 300 % = 580,50 € + que le reste à charge = remboursement total
	193,50 €	387 €	520,60 €
Reste à charge par semestre	327,10 €	133,60 €	0 €

DENTAIRE (NON REMBOURSÉ PAR L'ASSURANCE MALADIE) - 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



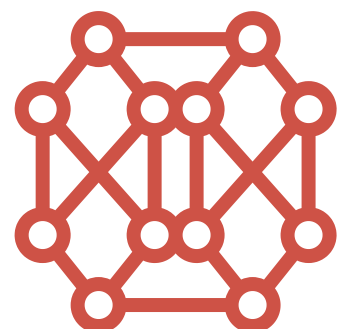
GARANTIES D'ASSISTANCE ET PROTECTION JURIDIQUE

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
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
- + Remboursement en moyenne sous 48h





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

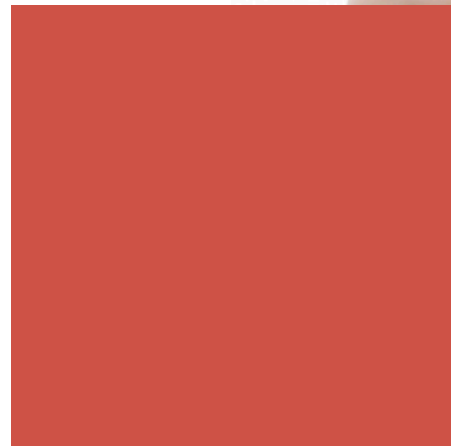
Tranche d'âge	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
ENFANT	19.03 €	24.46 €	38.33 €
ACTIF moins de 30 ans inclus	33.58 €	44.77 €	67.63 €
ACTIF de plus de 30 à 40 ans inclus	38.05 €	54.36 €	76.65 €
ACTIF de plus de 40 à 50 ans inclus	44.77 €	63.96 €	90.18 €
ACTIF de plus de 50 ans	60.44 €	83.14 €	103.71 €
RETRAITÉ	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 €

Les bénéficiaires



Agents actifs

Actifs en qualité d'agents **fonctionnaires** et **contractuels** de droit public ou de droit privé, 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,

Conserve la qualité de bénéficiaires 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,
- Disponibilité pour convenance personnelle,
- Congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale,
- Congé de formation professionnelle.

Agents retraités

Les bénéficiaires retraités en qualité de titulaire d'une pension de retraite de droit direct d'un régime de base, qui étaient auparavant agents fonctionnaires et contractuels de droit public ou de droit privé.

Les modalités d'adhésion

1. Employeurs
2. Agents



Adhésion employeurs

Etapes de contractualisation entre Mutame & Plus, le CDG 35 et la collectivité **AVEC MANDAT**

Etape 1

INTENTION

Compléter la déclaration d'intention en ligne



Intention en ligne

Etape 2

CST

Saisir le CST du CDG ou le vôtre 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@cdg35.bzh 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

Exception : Une souscription rétroactive au 1^{er} janvier 2026 sera exceptionnellement acceptée pour toute demande effectuée entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2026.

Étapes de contractualisation entre Mutame & Plus, le CDG 35 et la collectivité **SANS MANDAT**



ÉTAPE PRÉALABLE

→ Collectivité de moins de 50 agents, pas de transmission du fichier statistiques, passage à l'étape 1

→ Collectivité de plus de 50 agents, transmission obligatoire du fichier statistiques

à psc@cdg35.bzh et l.hervieu@mutame-plus.fr.

Les collectivités de plus de 50 agents devront attendre la décision de la mutuelle pour valider la souscription et passer aux étapes suivantes.

Etape 1

INTENTION

Compléter la déclaration d'intention en ligne



[Intention en ligne](#)

Etape 2

CST

Saisir le CST du CDG ou le vôtre 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@cdg35.bzh 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

Exception : Une souscription rétroactive au 1^{er} janvier 2026 sera exceptionnellement acceptée pour toute demande effectuée entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2026.

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

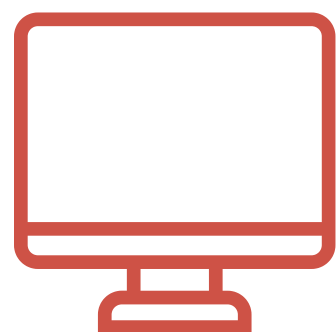
à la collectivité de l'adhésion de l'agent

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/MSTCDG35



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.



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.

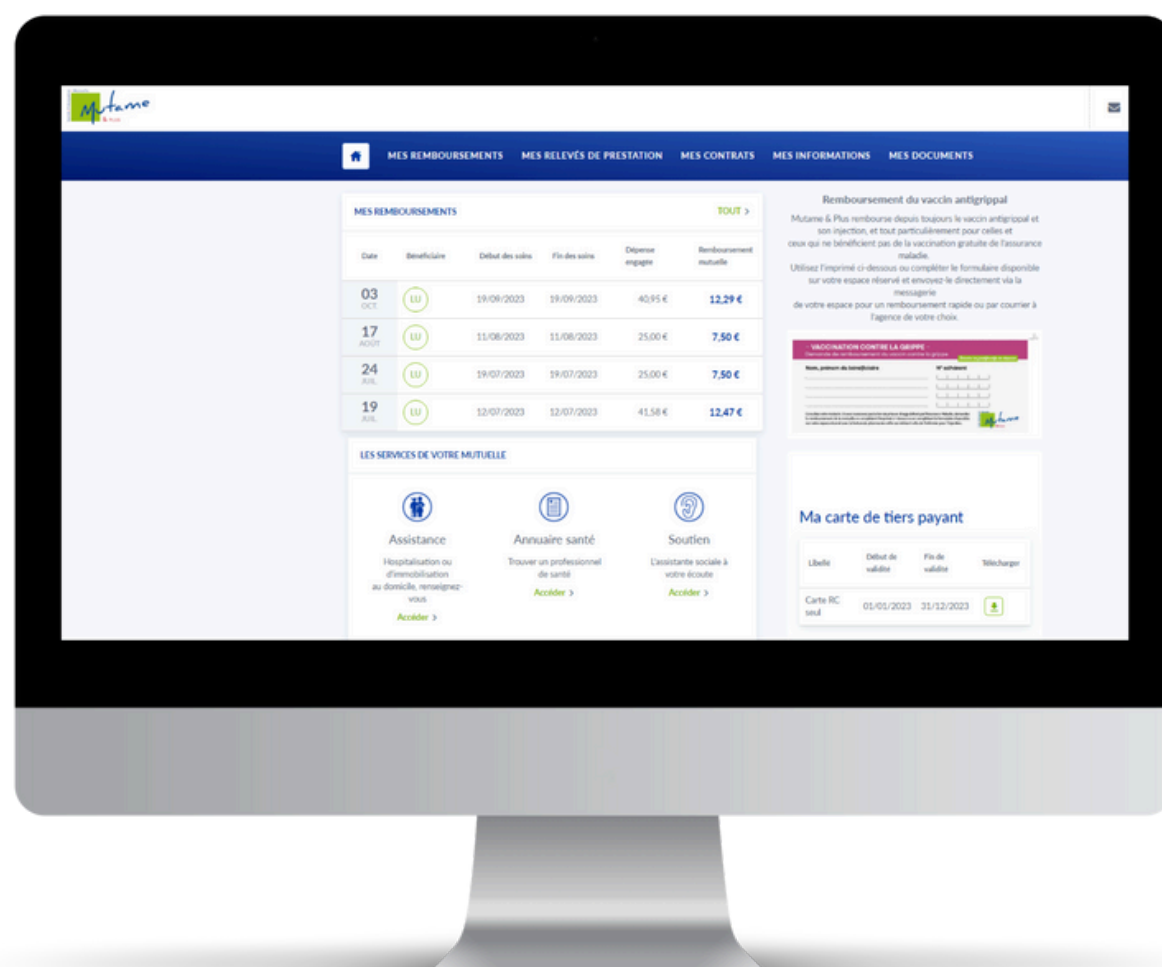
- Mise à disposition des appels de cotisations
- Messagerie interne



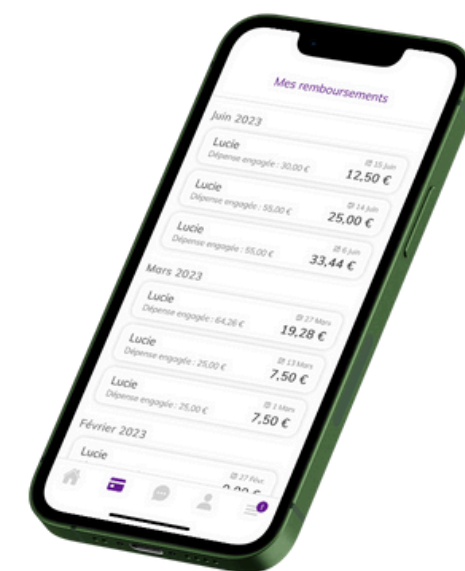
Un espace en ligne pour l'adhérent

- 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

Un conseiller dédié

Théo HAMOND

Conseiller mutualiste

06 40 97 47 69

t.hamond@mutame-plus.fr

Contacts

En amont du contrat



Lucie HERVIEU

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

Réunions/Permanences



Théo HAMOND

Conseiller mutualiste
t.hamond@mutame-plus.fr

En aval du contrat



Nathalie FAUNY

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

Coordonnées



Une question ?
N'hésitez pas à nous
contacter



SIEGE 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