

Mutame

SANTÉ TERRITORIAL

CENTRE DE GESTION D'ILLE ET VILAINE

Envoyé en préfecture le 06/11/2025

Reçu en préfecture le 06/11/2025

Publié le

ID : 035-213500663-20251103-DEL110_2025-DE

PARTICIPATION
EMPLOYEUR



**CONVENTION
DE PARTICIPATION SANTÉ**

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

CdG 35

Santé-Prévoyance • Mutuelle
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

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

Envoyé en préfecture le 06/11/2025

Reçu en préfecture le 06/11/2025

Publié le

ID : 035-213500663-20251103-DEL110_2025-DE

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 | | Publié le | | |
| 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 | | |
| ID : 035-213500663-20251103-DEL110_2025 | | | | |
| Prestations remboursées par l'Assurance maladie : | | | | |
| 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://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 généralistes (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 antigrippaux | 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, Étiopathie, Hypno-thérapie, Mésothérapie, Micro kinésithérapie, Ostéopathie, Podologie et la Pédicurie, Psychologie, Psychothérapie, Psychomotricité, Réflexologie | 100 € / an | 150 € / an | 200 € / an | |
| Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité | | | | |
| 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 | | |
| 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://annuaire.sante.ameli.fr | | N1 | N2 | N3 |
| | | | | |
| 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 | | |
| 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). | | N1 | N2 | N3 |
| | | | | |
| Prestations remboursées par l'Assurance maladie : | | | | |
| Équipement 100% santé* appartenant à une classe à prise en charge renforcée | | | | |
| Équipement complet | | Remboursement intégral | | |
| 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 € | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Envoyé en préfecture le 06/11/2025 | | | |
| Reçu en préfecture le 06/11/2025 | | | |
| Publié le | | | |
| ID : 035-213500663-20251103-DEL110-2025-DE | | | |
| Niveau de garanties | | | |
| N1N2N3 | | | |
| 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 | | | |
| Prestations remboursées par l'Assurance maladie : | | | |
| Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM | | | |
| Honoraires - Soins dentaires non adhérent à un DPTAM | | | |
| Traitement d'orthodontie | | | |
| 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 | | | |
| Panier de soins aux tarifs libres | | | |
| Prestations non remboursées par l'Assurance maladie : | | | |
| Prothèses dentaires (par prothèse) | | | |
| Traitement d'orthodontie (par semestre) | | | |
| Parodontologie (par an) | | | |
| Implants (par implant, limité à 3 implants / an) | | | |
| Aides auditives ¹ | | | |
| 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 | | | |
| N1N2N3 | | | |
| 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 | | | |
| Remboursement intégral | | | |
| Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée | | | |
| Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans | | | |
| Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans | | | |
| 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 | | | |
| N1N2N3 | | | |
| 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) | | | |
| Détartrage annuel complet | | | |
| Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans) | | | |
| Dépistage hépatite B | | | |
| Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans) | | | |
| Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans) | | | |
| Vaccins (selon arrêté du 8 juin 2006) | | | |
| Prestations non remboursées par l'Assurance maladie : | | | |
| Allocation naissance ou adoption (par enfant) | | | |
| Aide exceptionnelle et Prêt Santé | | | |
| (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 | | | |
| 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). | | | |
| 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

Le 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