



MUTUELLE

DE PRÉVOYANCE ET DE SANTÉ

16 rue de la Gare - 92320 CHATILLON

Tél : 01 42 31 03 03 - Fax : 01 42 31 29 65

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
SIREN N° 432 683 787



REGLEMENT MUTUALISTE

OPTIONS « B – C – D Labellisées »

au 1^{er} JANVIER 2026

CONSEIL D'ADMINISTRATION du 21 OCTOBRE 2025

ARTICLE 1 – OBJET DE LA GARANTIE

La garantie santé du présent règlement s'inscrit dans le cadre du contrat « solidaire et responsable » et couvre des frais médicaux en cas de maladie ou d'accident, dans la limite des frais réellement engagés. La mutuelle peut également prévoir des prestations accessoires.

Conformément à la réglementation en vigueur, elle ne prend pas en charge les pénalités prévues par la loi dans le cas du non-respect du parcours de soins, les suppléments d'honoraires pour les actes codifiés par la Sécurité Sociale « Hors Parcours de Soins », ni les actes hors nomenclatures, et exclut également les participations forfaitaires et les franchises mentionnées à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale.

SECTION I – DATE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT

ARTICLE 2 – PRISE D'EFFET DE L'ADHESION, RENOUELEMENT

L'adhérent et ses bénéficiaires doivent obligatoirement être affiliés à la même option. Le cachet de la Poste ou la date inscrite sur tout support durable faisant foi, l'adhésion prend effet :

- au 1^{er} du mois si la demande parvient pour le 15 du mois en cours ;
- au 1^{er} du mois suivant si la demande parvient après le 15 du mois ;
- à la date de résiliation de l'organisme précédent dans le cadre de la résiliation infra-annuelle.

Le contrat est souscrit dans le cadre de l'année civile et se renouvelle par tacite reconduction chaque année du 1^{er} janvier au 31 décembre, tant que les conditions d'admission restent remplies. Les garanties des options ESSENTIEL – CONFORT - PREMIUM prennent effet immédiatement, à condition d'avoir adhéré pendant un an à un autre régime complémentaire. Le contrat doit être en continuité du précédent et un certificat de radiation devra le justifier. Si ces conditions ne sont pas remplies, une période de franchise, dite « de carence », de 3 mois sera appliquée sur les prestations forfaitaires, sauf pour les actes 100% santé et le ticket modérateur qui seront remboursés sans carence. Lors de la naissance d'un enfant, aucun délai de stage ne lui sera appliqué s'il est inscrit au jour de sa naissance, au plus tard dans les deux mois qui suivent l'événement.

ARTICLE 3 – RESILIATION

3.1 - Titulaire du contrat :

La notification de la dénonciation ou de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'intéressé :

- Soit par lettre, de préférence en recommandé ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ou de l'union ;
- Soit, lorsque la mutuelle ou l'union propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Après un an d'adhésion, il peut être mis fin au contrat pour les raisons suivantes :

- À la demande de l'adhérent, à chaque échéance annuelle, tant pour lui-même que pour le conjoint et les ayants droit, au plus tard le 31 octobre, et à titre tout à fait exceptionnel (séparation, décès, bénéfice de la complémentaire santé solidaire (CSS)).
- Dans le cadre du régime obligatoire : lorsqu'un salarié est dans l'obligation d'adhérer et de cotiser à la couverture mise en place au sein de l'entreprise employeur, il peut résilier le contrat individuel après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification. Cette faculté s'ouvre à l'assuré principal, ainsi qu'au conjoint et ayant-droit du membre participant. Plusieurs cas de dispense d'adhésion à la mutuelle santé collective existent.
- Dans le cadre de la résiliation infra-annuelle : pour les règlements ou contrats relevant des branches ou des catégories de contrats définies par décret en Conseil d'État, le membre participant peut dénoncer l'adhésion et l'employeur ou la personne morale souscriptrice peut résilier le contrat collectif ou dénoncer l'adhésion, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. Ce délai d'un an est renouvelé en cas de changement de niveau de garantie.

La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation prend effet un mois après que la mutuelle ou l'union en a reçu notification par le membre participant ou par l'employeur ou la personne morale souscriptrice. Cette faculté n'est pas ouverte à un ayant-droit de l'adhérent. Le droit de dénonciation prévu au premier alinéa n'est pas ouvert au membre participant dans le cadre des opérations collectives à adhésion obligatoire mentionnées au 2^o du III de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité :

- D'office dans l'hypothèse où les conditions d'admission ne seraient plus réunies.
- À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de 30 jours prévus à l'alinéa précédent. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties. La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement. Le certificat de radiation n'est délivré que :

- Si les cotisations sont à jour.
- Si la période de prévenance est respectée.
- Si la carte « Mutuelle » est restituée, toute utilisation frauduleuse entraînant des poursuites.

La garantie accordée au membre participant et ses ayants-droits par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle. Les membres adhérents ou leurs ayants-droits coupables de fraude ou suspicion de fraude peuvent être exclus de la Mutuelle, exclusion prononcée par la Présidence de la Mutuelle qui se réserve le droit de déposer plainte et d'effectuer toute poursuite en réparation du préjudice et de demander le remboursement des sommes indûment perçues.

3.2 – Ayant-droit :

La résiliation de la couverture complémentaire d'un ayant droit ne peut être demandée que par le membre participant. Elle doit être sollicitée par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu par le Code de la mutualité au moins un mois avant la fin de l'année civile. Cette résiliation prend effet à compter du 1^{er} janvier suivant. Par exception, lorsque l'ayant droit bénéficie d'une couverture collective obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident dans le cadre de l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, la résiliation doit être accompagnée du document justifiant du bénéfice de ladite couverture de l'ayant droit. Cette résiliation doit être notifiée dans un délai d'un mois à compter de la date de prise d'effet de la couverture collective et prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant cette date. Dans le cas où la demande de résiliation est adressée au-delà du délai d'un mois à compter de ladite date de prise d'effet, la résiliation prendra effet à compter du 1^{er} jour du mois suivant la demande de résiliation. La résiliation de la couverture d'un ayant droit ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf celles correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru. Aucune prestation ne peut être servie pour l'ayant droit après la date d'effet de la résiliation de sa couverture sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture de droit étaient antérieurement réunies.

SECTION II – ADMISSION DES ADHERENTS

ARTICLE 4 – CONDITIONS D'ADMISSION

Peuvent adhérer à la mutuelle les personnes physiques âgées de 16 ans et plus pour toutes les options si elles remplissent les conditions suivantes :

- Les assurés sociaux à titre individuel, ou en groupes d'entreprises (PME, PMI), les étudiants ;
- Les travailleurs non-salariés (les chefs d'entreprise imposables au titre des BIC, les membres des professions libérales imposables au titre des BNC, leur « conjoint-collaborateur » non rémunéré, les gérants et associés de certaines sociétés). Ces personnes doivent être affiliées au régime social des non-salariés non-agricoles et être à jour du versement des cotisations au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.
- Les conjoints ou les concubins des membres participants ;

Définition du Statut enfant (âge et conditions):

- Les enfants de moins de 18 ans à la charge du membre participant, de son conjoint ou de son concubin déclaré, tels qu'ils sont définis par la législation sur les assurances sociales ; ils peuvent être maintenus jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils fêtent leur 25^{ème} anniversaire, sur présentation chaque année d'un justificatif de scolarité, ou d'une attestation sur l'honneur de l'adhérent précisant qu'ils sont toujours à sa charge et à son domicile, s'ils ne poursuivent plus d'études. Ils ne pourront être maintenu au dossier du membre participant au-delà et seront radiés au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils fêteront leur 25^{ème} anniversaire avec la proposition d'une adhésion à titre individuelle. **Voir tarification**
- Quel que soit leur âge, les enfants infirmes (càd : hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison de leur invalidité) pris en compte dans le quotient familial et reconnus par la MDPH.

Le bulletin d'adhésion doit comporter les mentions obligatoires prévues par le Code de la Mutualité. Les membres participants doivent le signer, ce qui implique l'adhésion formelle aux statuts et règlements de la Mutuelle dont ils ont pris connaissance. Les adhérents de l'**option PREMIUM** peuvent souscrire à l'**option RENFORT « surcomplémentaire »** et, dans ce cas, il s'agit d'un 2^{ème} contrat sur lequel doivent être inscrits les mêmes ayants droit. La Mutuelle peut admettre des membres honoraires en considération de l'intérêt manifesté pour la Mutuelle.

Aucune formalité médicale n'est exigée préalablement à l'adhésion.

ARTICLE 5 – CATEGORIE DE BENEFICIAIRES

Les différentes catégories sont :

- Le membre participant dit « l'adhérent » ;
- Le conjoint ;
- Les enfants ;
- Toute personne reconnue par la Sécurité Sociale comme ayant droit du membre participant ou du conjoint inscrit à la Mutuelle.

Lorsqu'un membre participant ne remplit plus l'une des conditions prévues à l'article 4 de ce règlement, il est obligatoirement radié ainsi que les membres de sa famille, en application de l'article 3 de ce règlement. **Les adhérents sont tenus de faire connaître par écrit, à la Mutuelle, toute modification intervenant dans leur situation de famille.**

SECTION III – COTISATIONS

ARTICLE 6 – MONTANT DE LA COTISATION

La cotisation est individuelle. Le montant de la cotisation est défini en fonction de la garantie, du niveau de garantie, de l'âge du membre participant. L'application des tranches d'âge influant sur la cotisation s'apprécie au 1^{er} janvier de l'année qui suit la date anniversaire. L'ancienneté s'acquiert à compter du 1^{er} janvier de l'année suivant l'appartenance à la mutuelle et s'apprécie à compter de l'adhésion en cours. L'âge de référence est celui du mois de l'adhésion.

La cotisation évolue en fonction des augmentations générales décidées par le Conseil d'Administration et selon les tranches d'âges définies en annexe II. La cotisation inclut les taxes en vigueur et le contrat d'assistance « ma mutuelle assistance ». Elle fait l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire, et est définie en annexe II du présent règlement. Tout rejet bancaire du fait de l'adhérent ou de chèque impayé entraîne **des frais forfaitaires de 10 €**.

Le paiement de la cotisation est effectué par périodes mensuelles vers le 10 de chaque mois à terme à échoir. Un prélèvement mensuel sur salaire peut être décidé d'un commun accord entre la Mutuelle et l'employeur quelle que soit l'option. Tout changement d'option (essentiel) ne peut se faire qu'après un an d'adhésion, et ce, au 1^{er} janvier de chaque année. Il prend en compte l'âge au moment de ce changement qui est considéré comme une nouvelle adhésion, mais aucune carence n'est appliquée. La demande doit parvenir avant le 31 décembre.

SECTION IV – CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE

ARTICLE 7 – DROIT AUX PRESTATIONS

Pour percevoir les prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. Les prestations couvrent le ticket modérateur à 100 % en fonction de la base de remboursement des régimes de Sécurité Sociale, ainsi que des allocations forfaitaires dans la limite des frais engagés. Elles figurent en **annexe I** du présent règlement. Les forfaits annuels ont pour référence l'année civile, sauf pour l'optique et l'audioprothèse dont les délais s'entendent « par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai de renouvellement, conformément à la réglementation en vigueur ». Elles sont versées sur présentation de justificatifs en tenant compte de la participation d'autres organismes. Elles sont virées sur le compte où sont prélevées les cotisations. Seule la date des soins prise en compte par la Sécurité Sociale sert de référence pour le règlement des prestations. La Mutuelle se réserve le droit de faire effectuer des contrôles par des personnes ou des organismes accrédités. Les pièces justificatives permettant le règlement des prestations sont conservées par la Mutuelle pendant 2 ans après la date de paiement. Aucune réclamation concernant le paiement ne pourra excéder 6 mois après son versement.

Sont exclus du droit aux prestations de la Mutuelle :

- Les membres qui n'ont pas fourni les pièces justificatives inhérentes au type de prestations.
- Les accidents de travail ou de trajet.

ARTICLE 8 – PRINCIPE INDEMNITAIRE

Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

ARTICLE 9 – PRESCRIPTION

Le délai de prescription au-delà duquel les membres ou leurs ayants droit ne sont plus fondés à faire valoir leurs droits aux prestations statutaires est fixé à deux ans à compter de la date de l'acte ou du fait motivant la prestation, dans les conditions de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 10 – CLOTURE DU DROIT A PRESTATIONS

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

ARTICLE 11 – SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence, de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve. Ne donnent pas droit aux prestations les maladies ou blessures imputables à un accident sportif, scolaire ou tout autre risque déjà couvert par un autre organisme de prévoyance ou d'assurance.

SECTION V – FOND SOCIAL

ARTICLE 12

Sur constitution d'un dossier avec pièces justificatives, la Commission « Prestations Exceptionnelles et Recours » peut allouer des prestations exceptionnelles aux adhérents et à leurs bénéficiaires dans des situations financières délicates liées à la maladie, l'infirmité, la maternité (enfant mort-né...).

Pour être éligible à cette aide, l'adhérent doit :

- Avoir une ancienneté d'un an minimum,
- Être adhérent à la date des soins,
- Être à jour de ses cotisations.

SECTION VI – ACCES AUX ŒUVRES SANITAIRES ET SOCIALES ET CONVENTIONS

ARTICLE 13

La Mutuelle signe des conventions dans la mesure de ses prestations avec l'ensemble des œuvres de la Mutualité Française permettant ainsi aux adhérents de bénéficier de prise en charge financière directe avec ces organismes.

SECTION VII – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 14 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la Mutuelle à l'adresse de son siège social.

ARTICLE 15 – MEDIATION

Toute réclamation relative à l'application des statuts et du règlement mutualiste est à adresser à l'attention du Président de la Mutuelle. Si le membre participant estime que la réponse apportée n'est pas satisfaisante, il peut présenter un recours auprès de la médiation de la Mutualité Française.

Article 16 : Lutte contre la fraude et les abus

La Mutuelle a mis en place un dispositif de lutte contre la fraude et les abus par un usage inapproprié et détourné des garanties du contrat : contrôles internes, aléatoires adaptés et mis à jour régulièrement.

Ces dispositions peuvent

- Nécessiter des délais supplémentaires de gestion, des demandes complémentaires d'information et de pièces justificatives des soins tant à l'adhérent qu'au professionnel de santé,
- Entraîner des suspensions temporaires de paiement des prestations, des suspensions du Tiers payant avec le professionnel de santé si suspicion, un contrôle médical afin de vérifier la réalité des dépenses des soins et conformité des soins.

En cas de refus du bénéficiaire de fournir les justificatifs et/ou de se soumettre à l'expertise médicale, la Mutuelle ne prendra pas en charge les dépenses de santé et pourra radier l'adhérent (voir article 3 du présent règlement).

ANNEXE I

PRESTATIONS au 1^{er} JANVIER 2026 – OPTIONS B – C – D LABELLISEES

Le tableau des prestations indique les plafonds de remboursements des dépenses de santé effectuées par l'assuré avant respecté le parcours de soins. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire et la franchise annuelle qui restent à sa charge et dans la limite des dépenses engagées, conformément à la loi. Les forfaits annuels s'entendent en année civile, sauf pour l'optique et l'audioprothèse, conformément à la réglementation en vigueur.

Nos prestations couvrent le TICKET MODERATEUR (TM) à 100 % en fonction de la base de remboursement de la Sécurité Sociale ainsi que des PRESTATIONS FORFAITAIRES selon l'option.	TM	PRESTATIONS FORFAITAIRES		
		Option B	Option C	Option D
ACTES ET SOINS COURANTS				
Pharmacie : médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité Sociale	100%			
Homéopathie non remboursée UNIQUEMENT sur prescription médicale		100 € / an		
Analyses médicales – Actes de laboratoires remboursés par la Sécurité Sociale	100%			
Frais de transport remboursés par la Sécurité Sociale	100%			
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, podologues) remboursés par la Sécurité Sociale	100%			
Médecins généralistes (1a), sage-femmes (médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maitrisée) (par acte)	100%		10 €	15 €
Médecins généralistes NON OPTAM ou NON OPTAM-CO (par acte)	100%		10 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	15 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS
Médecins spécialistes (1a), acte de chirurgie en cabinet médical (médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maitrisée) (par acte)	100%	10 €	20 €	40 €
Médecins spécialistes NON OPTAM ou NON OPTAM-CO (par acte)	100%	10 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	20 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	40 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS
Professeurs codifiés en C3 (1a) (médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maitrisée) (par acte)	100%		40 €	70 €
Professeurs codifiés en C3 NON OPTAM ou NON OPTAM-CO (par acte)	100%		40 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	70 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS
Radiologie (1a) (médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maitrisée) (hors dentaire), imagerie médicale, échographie, remboursée par la Sécurité Sociale (par acte)	100%	10 €	20 €	40 €
Radiologie NON OPTAM ou NON OPTAM-CO (par acte)	100%	10 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	20 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	40 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS
Psychologue remboursé par l'assurance maladie : 1 entretien d'évaluation et de 1 à 11 séances par an (1b)	100 %			
Médecines douces (2) (par séance - 3 par an tous spécialistes confondus) pouvant intervenir pour ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, podologue, psychologue, diététicien, nutritionniste, ergothérapeute, psychomotricien, reflexologue, étiopathe, mésothérapeute, naturopathe, hypnothérapeute.		15 €	20 €	25 €
HOSPITALISATION (3)				
Forfait journalier hospitalier & Forfait Patient Urgence		Pris en charge intégralement		
Frais de séjour	100%			
Chambre particulière et/ou dépassements d'honoraires (1a) et/ou soins ambulatoires (1a) (médecin OPTAM-ACO ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maitrisée) et/ou acte de chirurgie (ADC) et/ou acte d'anesthésie (ADA)		700 € / an	1000 € / an	1 600 €/ an
Chambre particulière et/ou dépassements d'honoraires (1a) et/ou soins ambulatoires (1a) (médecins NON OPTAM ou NON OPTAM-CO)		700€/ an	1000 € / an	1 600 €/ an Forfaits minorés de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS

OPTIQUE (4)				
Équipement 100% santé (5) - verres et monture de classe A - 1 équipement pour 2 ans – TM inclus		100 % du PLV (6) maximum 370 € dont 30 € monture (5)		
Autres équipements (5) sur verres et monture de classe B ou A + B - 1 équipement pour 2 ans - Monture limitée à 100 € (5) – TM inclus				
Équipement complet : Monture + 2 verres		200 €	300 €	
Monture				100 €
(5) Par verre	Verre simple (5)			125 €
	Verre complexe (5)			175 €
	Verre très complexe (5)			225 €
Autres : Adaptation de la correction visuelle, appairage, verres avec filtres, autres suppléments (prisme, système anti-ptosis, verres lse-iconiques) (5)		100%		
Chirurgie oculaire au laser non prise en charge par la Sécurité Sociale			200 € / an	350 € / an
Lentilles prescrites, remboursées ou non par la Sécurité Sociale		100%	110 € / an	160 € / an
AUDIOPROTHESE				
Equipement 100% santé (5) Classe I par oreille (tous les 4 ans) (7)		100 %	100 % du PLV (6)	
Autres équipements Classe II par oreille (tous les 4 ans) (7) dans la limite de 1 700 € TM inclus, conformément à la réglementation en vigueur		100%	250 €	400 €
Autres équipements Classe II par oreille (tous les 4 ans) (7) Moins de 20 ans ou atteint de cécité dans la limite de 1 700 € TM inclus, conformément à la réglementation en vigueur		100%	100 €	200 €
Consommables, piles ou accessoires, remboursés par la Sécurité Sociale		100%		
DENTAIRE				
Prothèse (8) et soin 100% santé (5)			100 % du PLV (6)	
Soin ou radiologie dentaire (par acte) (9)		100%		
Prothèse dentaire (10), inlay (11), implant dentaire (11B) *		100%	300 € / an	700 € / an
Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale (10)		100%	150 € / an	300 € / an
Parodontologie (12)		100%	50 € / an	100 € / an
AUTRES				
Densitométrie osseuse		100%	40 € / an	50 €/ an
Prothèse Diverse / Petit Appareillage (13) (accessoires, pansements, orthèses) prescrits et remboursés par la Sécurité Sociale (par an)		100%	160 € / an	400 € / an
Cure prescrite et remboursée par la Sécurité Sociale (transport, hébergement)		100%	140 € / an	
Forfait Accouchement (1 an d'adhésion et inscription de l'enfant à la naissance)			200 €	300 €
				450 €

* Bonus fidélité : Au-delà de 3 ans d'adhésion : forfait majoré de 10% - Au-delà de 5 ans d'adhésion forfait majoré de 20%

(1) **Dépassement d'honoraires** : les actes non OPTAM ou non OPTAM-CO (médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) subissent un abattement de 20 % sur la BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité Sociale) et un plafond de remboursement dans la limite de 100% de la BRSS, conformément à la réglementation en vigueur. (1b) **Psychologue** : s'entend par les actes codés EEP, APS, PSS des codes de regroupement de la CCAM. Prise en charge du Ticket modérateur en intégralité. Dès 3 ans et plus, sur adressage par le médecin traitant ou médecin impliqué dans la prise en charge (courrier). Séances chez un psychologue conventionné pour 12 séances maximum par an (année civile) comprenant : 1 entretien d'évaluation (EEP) obligatoirement réalisé en présence du patient et de 1 à 11 séances de suivi (APS ou PSS). Un renouvellement sera possible l'année suivante. Le psychologue fait l'objet d'une sélection attestant de sa qualification. Il est signataire d'une convention avec la caisse d'assurance maladie de son lieu d'exercice. Les séances ne peuvent donner lieu à dépassement. (2) **Médecines douces** : pouvant intervenir pour ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, podologue, psychologue non pris en charge par la SS, diététicien, nutritionniste, ergothérapeute, psychomotricien, reflexologue, étio-pathe, mésothérapeute, naturopathe. (3) **Hospitalisation (chambre particulières, dépassements d'honoraires, ADC, ADA)** : uniquement pour les établissements conventionnés et/ou en cabinet. (4) **Optique** : sur prescription médicale uniquement, limitation à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les 24 mois. Le renouvellement anticipé sera éventuellement possible après un délai de 12 mois et uniquement en cas de changement de dioptrie (0.5) dans l'une des situations listées par l'arrêté du 3 décembre 2018 (évolution de la vue ou certaines pathologies). Pour les enfants de plus de 6 ans et jusqu'à 15 ans inclus, un équipement pourra être remboursé tous les ans. Pour les enfants de moins de 6 ans, le délai d'un an s'applique, sauf en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage où il sera ramené à 6 mois. Les délais s'entendent « par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application de ce délai ». A noter : dans certaines situations, la prise en charge de deux équipements est autorisée : intolérance ou contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément. **Nota** - Délai de validité d'une prescription médicale : Pour des verres correcteurs : moins de 16 ans => 1 an ; de 16 à 42 ans => 5 ans ; plus de 42 ans => 3 ans ; Pour des lentilles : moins de 16 ans => 1 an ; plus de 16 ans => 3 ans. (5) tels que définis par la réglementation. (6) **PLV** : Prix limite de vente tel que défini par la réglementation. (7) **Audioprothèse** : limitation à un équipement par oreille tous les 4 ans. La période s'entend à partir de la date d'achat du dernier équipement. La réglementation en vigueur plafonne le remboursement par oreille à 1 700 € (sécurité sociale + mutuelle) maximum. (8) **Prothèse 100 % Santé** : s'entend par les actes codés CMO, CTO, CZO, ICO, PAO, PFO, PTO, RAO, RFO, RSO, SUO des codes de regroupement de la CCAM dentaire. (9) **Soin dentaire** : s'entend par les actes codés AXI, END, INO, SDE des codes de regroupement de la CCAM dentaire. (10) **Prothèse dentaire et/ou orthodontie** : s'entend par les actes codés BR1, PA1, PF1, PFC, RE1, SUI, PAM, PAR, RPN des codes de regroupement de la CCAM dentaire, au-delà de l'utilisation du forfait, prise en charge à hauteur de 125% de la BRSS. (11) **INLAY** : s'entend par les actes codés IN1, INO, IC1, ICO des codes de regroupement de la CCAM dentaire. (11B) **Implant** : s'entend par les actes codés IMP des codes de regroupement de la CCAM dentaire. (12) **Parodontologie** : acte codé TDS en code de regroupement de la CCAM dentaire. (13) **Prothèse Diverse / Petit Appareillage** : hors dentaire et auditif.

Nota - non pris en charge tous les actes HN : Hors nomenclature

BRSS : Base de remboursement de la Sécurité Sociale – **TM** : Ticket modérateur – **SS** : Sécurité Sociale

PRESTATIONS FORFAITAIRES (en fonction du contrat) SAUF POUR LES ACTES 100 % SANTE

Médecins généralistes Optam / Optam CO (1a) en fonction de la codification de la Sécurité sociale : participation pour tout dépassement d'honoraires sur présentation du décompte Sécurité Sociale indiquant les frais engagés, ainsi que pour les actes techniques effectués par un médecin généraliste en cabinet. **Sont exclus** les dépassements pour les visites à domicile non reconnues par la Sécurité Sociale, les actes hors parcours de soins, les actes hors nomenclatures. Les actes non OPTAM ou non OPTAM-CO (médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) subissent un abattement de 20 % sur la BRSS et un plafond de remboursement dans la limite de 100% de la BRSS, conformément à la réglementation en vigueur.

Médecins Spécialistes Optam / Optam CO (1a) en fonction de la codification de la Sécurité sociale : participation pour tout dépassement d'honoraires sur présentation du décompte Sécurité Sociale indiquant les frais engagés, ainsi que pour les actes techniques effectués en cabinet. **Sont exclus** les dépassements pour les visites à domicile non reconnues par la Sécurité Sociale, les actes hors parcours de soins, les actes hors nomenclatures. Les actes non OPTAM ou non OPTAM-CO (médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) subissent un abattement de 20 % sur la BRSS et un plafond de remboursement dans la limite de 100% de la BRSS, conformément à la réglementation en vigueur.

Professeurs reconnus comme tels par la Sécurité Sociale avec une codification « C3 » Optam / Optam CO (1a) : participation pour tout dépassement d'honoraires sur présentation du décompte Sécurité Sociale indiquant les frais engagés, ainsi que pour les actes techniques effectués en cabinet. **Sont exclus** les dépassements pour les visites à domicile non reconnues par la Sécurité Sociale, les actes hors parcours de soins, les actes hors nomenclatures. Les actes non OPTAM ou non OPTAM-CO (médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) subissent un abattement de 20 % sur la BRSS et un plafond de remboursement dans la limite de 100% de la BRSS, conformément à la réglementation en vigueur.

Psychologues (1b) : dans le respect du parcours de soins, s'entend par les actes codes EEP, APS, PSS des codes de regroupement de la CCAM. Prise en charge du Ticket modérateur en intégralité. Des 3 ans et plus, sur adressage par le médecin traitant ou médecin impliqué dans la prise en charge (courrier). **Séances chez un psychologue conventionné dans le dispositif « Mon soutien PSY »** de 1 à 12 séances maximum par an (année civile) comprenant : 1 entretien d'évaluation (EEP) obligatoirement réalisé en présence du patient et jusqu'à 11 séances de suivi (APS ou PSS). Un renouvellement sera possible l'année suivante. Le psychologue fait l'objet d'une sélection attestant de sa qualification. Il est signataire d'une convention avec la caisse d'assurance maladie de son lieu d'exercice. Les séances ne peuvent donner lieu à dépassement.

Médecines douces (2) : forfait par séance avec un maximum de 3 par an tous spécialistes confondus, sur présentation de la facture du professionnel de santé pouvant intervenir pour ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, podologue, psychologue non pris en charge par la SS, diététicien, nutritionniste, ergothérapeute, psychomotricien, reflexologue, étioathe, mésothérapeute, naturopathe, hypnothérapeute.

Hospitalisation (3) - uniquement pour les établissements conventionnés :

- **Forfait journalier hospitalier & Forfait Patient Urgence** : participation illimitée à l'exception des structures d'hébergement médico-social.
- **Hospitalisation (sauf long séjour) ou soins ambulatoires** : forfait annuel concernant les frais d'hospitalisation, pouvant comprendre la chambre particulière, les dépassements d'honoraires **Optam / Optam CO (1)**. Les actes non OPTAM ou non OPTAM-CO (médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) subissent un abattement de 20 % sur la BRSS et un plafond de remboursement dans la limite de 100% de la BRSS, conformément à la réglementation en vigueur, le lit d'accompagnement ou la pension d'un parent dans un centre agréé spécialisé pour les enfants de moins de 12 ans. **Sont exclus** : tous autres frais (repas, télévision, téléphone...)

Optique (4) : sur prescription médicale uniquement et avec une prise en charge de la Sécurité Sociale, participation limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les 24 mois incluant le ticket modérateur, tels que définis par la réglementation. Le renouvellement anticipé sera éventuellement possible après un délai de 12 mois et uniquement en cas de changement de dioptrie (0.5) dans l'une des situations listées par l'arrêté du 3 décembre 2018 (évolution de la vue ou certaines pathologies). Pour les enfants de plus de 6 ans et jusqu'à 15 ans inclus, un équipement pourra être remboursé tous les ans. Pour les enfants de moins de 6 ans, le délai d'un an s'applique, sauf en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage où il sera ramené à 6 mois. Les délais s'entendent « par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application de ce délai ». **A noter** : dans certaines situations, la prise en charge de deux équipements est autorisée : intolérance ou contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément.

Nota - Délai de validité d'une prescription médicale pour des verres correcteurs : moins de 16 ans → 1 an ; de 16 à 42 ans → 5 ans ; plus de 42 ans → 3 ans.

Chirurgie oculaire au laser : forfait annuel pour une chirurgie non prise en charge par la Sécurité Sociale.

Lentilles : forfait annuel, sur présentation de la facture accompagnée de la prescription de l'ophtalmologiste valide. **Nota** : Délai de validité d'une prescription médicale pour des lentilles : moins de 16 ans → 1 an ; plus de 16 ans → 3 ans.

Audioprothèse (par oreille) (7) : limitation à un équipement par oreille tous les 4 ans après prise en charge de la Sécurité Sociale. La période s'entend à partir de la date d'achat du dernier équipement. La réglementation en vigueur plafonne le remboursement par oreille à 1 700 € (sécurité sociale + mutuelle) maximum.

Prothèse dentaire ou inlay (8) (10) : forfait annuel sur présentation du décompte Sécurité Sociale indiquant les dépenses engagées ou de la notification de refus de cet organisme, accompagnée de la facture du praticien. Prothèse 100 % Santé : s'entend par les actes codés CMO, CT0 CZ0, IC0, PA0, PF0, PT0, RA0, RF0, RS0, SU0 des codes de regroupement de la CCAM dentaire. Prothèses dentaires ou INLAY tarif libre : s'entend par les actes codés BR1, PA1, PF1, PFC, RE1, SU1, PAM, PAR, RPN des codes de regroupement de la CCAM dentaire.

Implant dentaire (11) : forfait annuel sur présentation de la facture acquittée du praticien. S'entend par les actes codés IMP des codes de regroupement de la CCAM dentaire.

Orthodontie : forfait annuel sur présentation du décompte Sécurité Sociale indiquant les dépenses engagées ou de la notification de refus de cet organisme, accompagnée de la facture du praticien. Le fait générateur du remboursement des soins d'orthodontie est la date de facturation, les semestres étant réglés par année civile.

Parodontologie : forfait annuel sur présentation de la facture du chirurgien-dentiste et du relevé de la Sécurité Sociale mentionnant sa prise en charge.

Densitométrie osseuse : forfait annuel sur présentation de la facture et de la prescription médicale.

Prothèse diverse et petit appareillage : forfait annuel, après acceptation de la Sécurité Sociale, hors dentaire et auditif.

Il s'agit notamment de matériels d'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles...

Cure : Forfait concernant les frais d'hébergement et de transports, sur présentation de justificatifs, une fois par an avec accord de prise en charge Sécurité Sociale.

Forfait accouchement (si inscription de l'enfant à la naissance au dossier) : après une période de carence obligatoire de 12 mois, sur présentation d'une fiche d'état civil portant filiation de l'enfant et d'un justificatif de prise en charge par un régime de protection sociale français par l'un des parents. En cas de naissances multiples, ce forfait est proportionnel au nombre d'enfants.

ANNEXE II

COTISATIONS MENSUELLES au 1^{er} JANVIER 2026

Par personne	OPTION B label	OPTION C label	OPTION D label
« Spécial 16/30 ans » (*)	43.35 €	53.00 €	79.40 €
30 à moins de 40 ans	63.60 €	82.70 €	127.70 €
40 à moins de 50 ans	75.25 €	98.68 €	153.35 €
50 à moins de 60 ans	92.25 €	118.25 €	181.70 €
60 ans et plus	100.20 €	126.8 €	194.50 €
Enfant (gratuité à partir du 3 ^{ème} dans cette même tranche d'âge)	38.25 €	48.20 €	68.75 €
(*) le mois du 30 ^{ème} anniversaire : passage dans la tranche des moins de 40 ans qui devient définitive sauf en cas de changement d'option			

Nota –

1 - Modalités de calcul des cotisations d'un contrat labellisé : pour toute année non cotisée à une garantie labellisée postérieure à l'âge de trente ans depuis la date la plus récente entre la publication du décret du 8 novembre 2011 et la date d'entrée dans la fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie labellisée, il est calculé par l'organisme proposant une garantie labellisée une majoration égale à 2 % par année. Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. Pour les agents en fonction lors de la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labellisés. Le coefficient de majoration ainsi calculé est le cas échéant additionné au coefficient de majoration transmis à l'organisme auprès duquel l'agent souhaite souscrire ou adhérer à une garantie labellisée.

2 - Le paiement de la cotisation mensuelle est affecté à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle. Une part de cette cotisation est individuelle et forfaitaire selon les critères suivants :

- option à laquelle est rattaché le membre participant,
- bénéficiaires, tels que définis à l'article 6 des statuts pour lesquels le membre participant cotise.

A cette part, s'ajoutent :

- les cotisations spéciales destinées aux organismes supérieurs (Unions, Fédération) ou techniques de la Mutualité, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes ;
- la participation spécifique du membre participant et de ses ayants droit couvrant le forfait journalier hospitalier dont le montant évolue en fonction du coût global de cette prestation ;
- les taxes diverses, telle que la Taxe sur les Conventions d'Assurance.

Les cotisations ainsi obtenues évoluent en fonction du bilan financier de chacune de leurs composantes (options de prestations, cotisations aux organismes supérieurs ou techniques, forfait journalier, etc.). Le cumul de ces composantes peut être si besoin arrondi.

Conformément à la réglementation en vigueur, 2 ratios, exprimés en pourcentage doivent être communiqués :

Le P/C : Ce ratio représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties. **P/C au 30 septembre 2025 : 70.78 %.**

Les frais de gestion et d'acquisition : Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles. **Ils s'élèvent à 13.45 % et 2.8 %, soit un total de 16.29 %.**