

**Au service des agents publics
depuis 75 ans**

**Un tarif selon le salaire de
l'adhérent**

**Pas d'actionnaire, gouvernée
par des agents**

**Acteur de l'économie sociale
et solidaire**



Restons en contact !

Scannez-moi !



52, Rue de Sévigné, 75003 Paris
01 42 76 12 48
sdeveloppement@mutcomplementaire.fr

f in

**EN 2022, REJOIGNEZ LA MUTUELLE
COMPLÉMENTAIRE CRÉÉE PAR ET
POUR LES AGENTS PUBLICS.**

mutcomplementaire.fr

TABLEAU DES GARANTIES 2022



CONFORMES   
à la réforme **RAC Zéro**

OPTIQUE SUR PRESCRIPTION MÉDICALE ET FACTURE ACQUITTÉE



Reste à Charge ZÉRO pour les équipements de Classe A

- Possibilité de panachage entre les Classes A et B (ex. 2 verres de classe A et monture de Classe B ou inversement). Le panachage des verres n'est pas possible sur une même monture.
- Limité à la prise en charge d'un équipement optique (monture + 2 verres) par période de 2 ans à la date de facturation ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'AMO, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, le délai est dans ce cas d'un équipement verres par année, à la date de facturation ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'AMO.

Nature des frais	Part AMO (% ou € sur la BR)	Couverture 2	Module A	Module B	Module C	Module PLUS	
		AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	
ÉQUIPEMENTS CLASSE A RESTE À CHARGE ZÉRO Tels que définis réglementairement							
<ul style="list-style-type: none"> • 1 Verre simple ⁽¹⁾ • 1 Verre complexe ⁽²⁾ • 1 Verre très complexe ⁽³⁾ • 1 Monture ⁽⁴⁾ 	Prix limite de vente : de 32,50 € à 170 € par verre, selon la catégorie. Prix limite de vente de la monture : 30 €	18 % de la dépense totale	100 % de la dépense totale	100 % de la dépense totale	100 % de la dépense totale	100 % de la dépense totale	
Suppléments et prestations		60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Appairage	Prix limite de facturation de 5 € à 15 € selon les verres	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
Adaptation de la correction Renouvellement par Opticien	Prix limite de facturation 10 €	6 €	10 €	10 €	10 €	10 €	
ÉQUIPEMENTS CLASSE B "PRIX LIBRES"							
• 1 Verre simple ⁽¹⁾		0,03 €	47 €	52,50 €	90 €	52,50 €	100 €
• 1 Verre complexe ⁽²⁾		0,03 €	85 €	100 €	140 €	100 €	150 €
• 1 Verre très complexe ⁽³⁾		0,03 €	85 €	130 €	185 €	130 €	200 €
• 1 Monture de la marque "JUSTE" dans le réseau de magasins d'optique mutualistes  ⁽⁵⁾		0,03 €	79 €	99 €	100 €	99 €	100 €
• 1 Monture		0,03 €	30 €	40 €	100 €	40 €	100 €
Suppléments et prestations		60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Appairage	Prix limite de facturation de 5 € à 15 € selon les verres	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Adaptation de la correction Renouvellement par Opticien	Prix limite de facturation 10 €	0,03 €	10 €	10 €	10 €	10 €	10 €
Autre optique Lentilles prises en charge ou non par l'AMO ⁽⁶⁾ . Forfait annuel pour les deux yeux, par année civile 		60 %	100 % + 115 €	100 % + 135 €	100 % + 260 €	100 % + 135 €	100 % + 270 €
Chirurgie réfractive, par œil et par année civile ⁽⁷⁾		-	300 €	400 €	900 €	400 €	900 €

⁽¹⁾ Verres simples : verres unifocaux sphère -6.00 à +6.00 ou verres unifocaux cylindre ≤ +4.00 sphère -6.00 à +6.00.

⁽²⁾ Verres complexes : autres verres unifocaux ou verres multifocaux / progressifs cylindre ≤ +4.00 sphère -8.00 à +8.00.


⁽³⁾ Verres très complexes : autres verres multifocaux / progressifs.

⁽⁴⁾ Montures de classe A garanties 2 ans.

⁽⁵⁾ Tarifs et remboursements préférentiels sur les montures « JUSTE » du réseau de magasins d'optique mutualistes 

⁽⁶⁾ La prestation versée pour des lentilles prises en charge par l'AMO ne peut être cumulée avec la prestation versée pour les lentilles non prises en charge par l'AMO.

⁽⁷⁾ Forfait chirurgie réfractive versé sous réserve que le membre participant soit adhérent de la mutuelle depuis au moins 9 mois.

 Remboursement mutuelle sur présentation de la copie de la prescription médicale et d'une facture acquittée, dans la limite des frais réellement engagés.

DES MONTURES "JUSTE" AVEC TARIF PRÉFÉRENTIEL

Les montures "JUSTE" sont des montures du réseau "Écouter Voir" bénéficiant du savoir-faire français, ces montures sont assemblées dans le Bassin d'Oyonnax, ce qui a permis la création de plusieurs emplois sur place.

JUSTE comme **Joli**
Unique
Solidaire
Transparent
Ecoresponsable

4 gammes à votre disposition :

- Essentielle
- Évidence
- Pure
- Absolue

Des offres à votre disposition, renseignements en magasins (adresses en dernière page). Venez nous Voir, nous vous Écoutons.

DENTAIRE



Nature des frais	Part AMO (% ou € sur la BR)	Couverture 2	Module A	Module B	Module C	Module PLUS
		AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle
Consultations et soins dentaires	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Parodontie (par an)	-	50 €	50 €	50 €	130 €	180 €
Orthodontie	193,50 €	387 €	425,70 €	425,70 €	522,45 €	619,20 €
• Traitement par semestre (6 semestres maximum)						
• Surveillance (2 séances maximum par trimestre)	7,53 €	21,50 €	23,65 €	23,65 €	29,03 €	34,40 €
• Contention 1 ^{re} année	161,25 €	322,50 €	354,75 €	354,75 €	435,38 €	516 €
• Contention 2 ^e année	75,25 €	215,00 €	236,50 €	236,50 €	290,25 €	344 €
PROTHÈSES FIXES RESTE À CHARGE ZÉRO Tels que définis réglementairement						
• Inlay core	Prix limite de facturation 175 €	63 €	175 €	175 €	175 €	175 €
• Couronne métallique toute dent	Prix limite de facturation 290 €	84 €	290 €	290 €	290 €	290 €
• Couronne zircone sur incisives, canines, prémolaires	Prix limite de facturation 440 €	84 €	440 €	440 €	440 €	440 €
• Couronne céramo-métallique (hors zircone) sur incisives, canines, 1^{res} prémolaires	Prix limite de facturation 500 €	84 €	500 €	500 €	500 €	500 €
• Bridge métallique toute dent	Prix limite de facturation 870 €	195,65 €	870 €	870 €	870 €	870 €
• Bridge céramo-métallique sur incisives	Prix limite de facturation 1465 €	195,65 €	1465 €	1465 €	1465 €	1465 €
• Prothèse amovible complète, unimaxillaire, à plaque base résine	Prix limite de facturation 1 100 €	127,92 €	1 100 €	1 100 €	1 100 €	1 100 €
• Prothèse amovible complète, bimaxillaire, à plaque base résine	Prix limite de facturation 2 300 €	255,85 €	2 300 €	2 300 €	2 300 €	2 300 €
PROTHÈSES FIXES RESTE À CHARGE MODÉRÉ (1)						
• Inlay core RAC Modéré	Prix limite de facturation 175 €	63 €	175 €	175 €	175 €	175 €
• Couronne céramo-métallique sur 2^e prémolaires	Prix limite de facturation 550 €	84 €	252 €	324 €	324 €	525,60 €
• Couronne zircone sur molaires	Prix limite de facturation 440 €	84 €	252 €	324 €	324 €	440 €
• Couronne céramique hors zircone sur 2^e prémolaires et molaires	Prix limite de facturation 550 €	84 €	252 €	324 €	324 €	525,60 €
PROTHÈSES FIXES ET AMOVIBLES PRIX LIBRES (1)						
• Couronne dentaire tous matériaux, toutes dents	75,25 €	225,75 €	290,25 €	290,25 €	470,85 €	483,75 €
• Bridges	70 %	210 %	270 %	270 %	438 %	450 %
• Prothèses amovibles	70 %	210 %	270 %	270 %	438 %	450 %
Adjonctions réparations sur prothèses amovibles	70 %	210 %	270 %	270 %	438 %	450 %
Implantologie (1)	-	150,50 €	184,90 €	184,90 €	376,25 €	395,60 €
• Pose d'implant						
• Prothèse « moignon » pour la pose d'implant dentaire	-	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
• Pose d'une couronne sur implant	75,25 €	225,75 €	290,25 €	290,25 €	470,85 €	483,75 €

(1) Pour les deux premières années d'adhésion : prestations (hors consultations, soins, orthodontie et prothèses du panier « 100 % santé ») versées dans la limite des plafonds suivants, par personne protégée : plafond de 1000 € la 1^{re} année (du 1^{er} au 12^e mois d'adhésion) ; 1700 € la 2^e année (du 13^e au 24^e mois d'adhésion). Plafond annuel limité à 2700 € à partir de la 3^e année d'adhésion (à partir du 25^e mois).

LE RESTE À CHARGE ZÉRO

La Mutuelle Complémentaire applique la réforme gouvernementale du 100 % santé dite aussi **RESTE À CHARGE ZÉRO**, pour vous garantir en dentaire, en optique et en audiologie, une prise en charge améliorée voire intégrale.

Qu'est-ce que le **RESTE À CHARGE ZÉRO** ?

L'enjeu de la réforme est de diminuer le renoncement aux soins des Français pour cause financière et ainsi faciliter l'accès pour tous à des équipements et soins essentiels sans reste à charge. Le reste à charge est ce qu'il vous reste à payer après vos remboursements de la Sécurité Sociale (part obligatoire) et de la complémentaire santé (votre Mutuelle). Cette réforme ne s'applique que sur certains paniers de soins (sélections de soins et prestations définies par l'État) en optique, dentaire et audiologie (audioprothèse) uniquement. Toutefois, seuls les patients ayant souscrit un contrat complémentaire santé auprès d'une Mutuelle pourront en bénéficier. Si votre choix se porte sur un panier de soins hors **RAC ZÉRO**, sachez que le remboursement Sécurité Sociale s'exercera et le remboursement de votre complémentaire santé s'effectuera selon vos garanties choisies.

Les professionnels de santé de ces trois secteurs auront l'obligation de proposer une offre n'engendrant aucun reste à charge pour vous. Le patient reste libre de choisir le panier de soins qui lui convient.

Pour plus de détails, demandez notre livret explicatif « **RESTE À CHARGE ZÉRO** ».

Informations relatives aux frais de gestion

Rapport entre le montant des prestations versées par la Mutuelle et le montant des cotisations hors taxes pour le remboursement et l'indemnisation des frais médicaux. Montant et composition des frais de gestion et d'acquisition
Conformément à l'article L871-1 du code de la Sécurité Sociale

Ratio Prestations/cotisations : • 66,40 %

Ratio, exprimé en pourcentage, entre :

- d'une part le montant des prestations versées et provisionnées par la Mutuelle, au titre de l'exercice 2019, pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ;
- et d'autre part le montant des cotisations hors taxes versées à la Mutuelle, au titre de cet exercice 2019, pour les mêmes garanties.

Ratio frais de gestion/cotisations : • 11,78 %

Ratio, exprimé en pourcentage, entre :

- d'une part le montant total des frais de gestion de la Mutuelle, au titre de l'exercice 2019, pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ;
- et d'autre part le montant des cotisations hors taxes versées à la Mutuelle, au titre de cet exercice 2019, pour les mêmes garanties.

AIDES AUDITIVES, REMBOURSEMENT MUTUELLE SUR PRÉSENTATION D'UNE FACTURE ACQUITTÉE



Nature des frais	Part AMO (% ou € sur la BR)	Couverture 2	Module A	Module B	Module C	Module PLUS
		AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle
ÉQUIPEMENTS CLASSE 1 100 % SANTÉ Tels que définis réglementairement						
• Bénéficiaire jusqu'à 20 ans inclus						
Prothèse auditive de classe 1 ⁽¹⁾ Oreille droite ou gauche (par appareil)	Prix limite de vente 1 400 €	840 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €
• Bénéficiaire + de 20 ans (1)						
Prothèse auditive de classe 1 ⁽²⁾ Oreille droite ou gauche (par appareil)	Prix limite de vente 950 €	240 €	950 €	950 €	950 €	950 €
ÉQUIPEMENTS CLASSE 2 "TARIFS LIBRES"						
• Bénéficiaire jusqu'à 20 ans inclus						
Prothèse auditive de classe 2 ⁽²⁾ Oreille droite ou gauche (par appareil)		840 €	1 400 €	1 440 €	1 440 €	1 650 €
• Bénéficiaire + de 20 ans ⁽¹⁾						
Prothèse auditive de classe 2 ⁽²⁾ Oreille droite ou gauche (par appareil)		240 €	400 €	840 €	840 €	1 050 €
Pile sans mercure (3) Fournitures et accessoires sur prescription médicale Forfait entretien. Par an	60 %	100 %	100 % + 20 €	100 %	100 %	100 % + 30 €

⁽¹⁾ Pour les adhérents déficients auditifs et souffrant de cécité, quel que soit l'âge, les prothèses auditives sont remboursées à 60 % sur la base d'un tarif fixé à 1 400 € quelle que soit la classe de l'appareil prescrit.

⁽²⁾ Renouvellement / appareil tous les 4 ans à la date de facturation ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'AMO.

⁽³⁾ Le nombre de paquets pris en charge par an dépend du modèle de piles. Ref. 10 : 10 par an, Ref. 312 : 7 par an, Ref 13 : 5 par an, Ref. 675 : 3 par an.

SOINS COURANTS DANS LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Nature des frais	Part AMO (% ou € sur la BR)	Couverture 2	Module A	Module B	Module C	Module PLUS
		AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle
Honoraires médicaux Médecins généralistes et spécialistes - Médecins traitants, Médecins correspondants - Sages-femmes	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques Médicaux (ATM), de chirurgie (ADC), d'imageries (ADI), d'échographies (ADE)	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires paramédicaux Infirmiers, Masseurs, Kinésithérapeutes, Orthophonistes, Orthoptistes, Pédicures	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Dépassements d'honoraires⁽¹⁾ Consultations, visites, actes médicaux, chirurgie, échographie						
• Médecins signataires de l'OPTAM - OPTAM-CO ⁽²⁾	-	-	125 %	125 %	-	150 %
• Médecins non-signataires de l'OPTAM - OPTAM-CO ^{(2) (3)}	-	-	105 %	105 %	-	130 %
Analyses et examens de laboratoires	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments						
• Médicaments remboursés par l'AMO à 65 %	65 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
• Médicaments remboursés par l'AMO à 30 %	30 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
• Médicaments remboursés par l'AMO à 15 %	15 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical (figurant sur la liste des produits et prestations pris en charge par l'AMO)	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
• Prothèses oculaires, mammaires, capillaires 📄	100 %	100 % + 140 €	100 % + 140 €	100 % + 140 €	100 % + 140 €	100 % + 140 €
• Achat d'un fauteuil roulant (tous les 3 ans) 📄	100 %	100 %	100 % + 240 €	100 % + 240 €	100 % + 240 €	100 % + 240 €
• Appareil pour traitement à domicile (AAD) • Assistance respiratoire (AAR) • Générateur d'aérosol (ARO) • Matériel et appareil de contention (MAC) • Prothèses (PA) • Chaussures orthopédiques (COR)	60 %	100 % + 30 €	100 % + 80 €	100 % + 80 €	100 % + 80 €	100 % + 100 €

⁽¹⁾ Dépassements d'honoraires : prestations versées dans la limite de 24 fois par an, par personne couverte. Plafond commun SOINS COURANTS et HOSPITALISATION.

⁽²⁾ OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgiens - Obstétriciens.

⁽³⁾ Le remboursement mutuelle ne peut dépasser 100 % du tarif opposable. 📄 Remboursement mutuelle sur présentation d'une facture acquittée et de la copie de la prescription médicale.

📄 Remboursement mutuelle sur présentation d'une facture acquittée, dans la limite des frais réellement engagés.

HOSPITALISATION HORS LONGS SÉJOURS ET SECTIONS DE CURE MÉDICALE POUR PERSONNES ÂGÉES

Nature des frais	Part AMO (% ou € sur la BR)	Couverture 2	Module A	Module B	Module C	Module PLUS
		AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle
Frais d'hospitalisation	80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes médicaux et chirurgicaux < à 120 €	80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes médicaux et chirurgicaux > à 120 € Participation forfaitaire sur actes chirurgicaux > à 120 €	100 % - 24 €	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Dépassements d'honoraires⁽¹⁾ Consultations, visites, actes médicaux, chirurgie, échographie						
• Médecins signataires de l'OPTAM - OPTAM-CO ⁽²⁾	-	-	125 %	125 %	-	150 %
• Médecins non-signataires de l'OPTAM - OPTAM-CO ⁽²⁾	-	-	105 %	105 %	-	130 %
Forfait journalier⁽³⁾	-	Frais Réels ⁽⁴⁾	Frais Réels ⁽⁴⁾	Frais Réels ⁽⁴⁾	Frais Réels ⁽⁴⁾	Frais Réels ⁽⁴⁾
Forfait journalier en psychiatrie	-	Frais Réels ⁽⁴⁾	Frais Réels ⁽⁴⁾	Frais Réels ⁽⁴⁾	Frais Réels ⁽⁴⁾	Frais Réels ⁽⁴⁾
Chambre particulière. 30 jours par année civile	-	30 €/jour	45 €/jour	45 €/jour	45 €/jour	60 €/jour
Frais d'accompagnement : enfants < de 12 ans, enfants handicapés < de 20 ans. 30 jours par année civile	-	17 €/jour	17 €/jour	17 €/jour	17 €/jour	17 €/jour
Transport. Par trajet	65 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

⁽¹⁾ Dépassements d'honoraires : prestations versées dans la limite de 24 fois par an, par personne couverte. Plafond commun SOINS COURANTS et HOSPITALISATION

⁽²⁾ OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgiens, Obstétriciens.

⁽³⁾ Le forfait hospitalier n'est pas pris en charge dans les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

⁽⁴⁾ FR : Remboursement des Frais Réels engagés, sur présentation d'un justificatif de paiement.

MIEUX COMPRENDRE

LA PARTICIPATION DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) correspond à un pourcentage — ou son montant en Euros — de la Base de Remboursement (BR).

LA BASE DE REMBOURSEMENT (BR) est la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Les tarifs desdits remboursements sont fixés par conventions entre les professionnels de santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

LA PARTICIPATION DE LA MUTUELLE est exprimée soit en pourcentage de la Base de Remboursement (BR), soit en Euros.

LES PRÉSENTES GARANTIES répondent aux dispositions relatives aux contrats solidaires et responsables. Seules sont retenues les dépenses afférentes à des actes donnant lieu à remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), sauf exception mentionnée dans les tableaux ci-après.

LE PLAFOND DE REMBOURSEMENT le montant des remboursements effectués par la Mutuelle ne peut dépasser la dépense réellement engagée, déduction faite des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

LA MUTUELLE NE PREND PAS EN CHARGE :

- les majorations liées au non-respect du parcours de soins coordonné,
- la participation forfaitaire ⁽¹⁾ de 1 €,
- les franchises médicales ⁽¹⁾,
- la part non remboursable liée aux dépassements d'honoraires.

⁽¹⁾ La participation forfaitaire de 1 € s'applique, pour les patients de plus de 18 ans, à toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin; elle s'applique aussi aux examens radiologiques et aux analyses de biologie médicale. La franchise médicale s'applique aux boîtes de médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports. Elle est plafonnée à 50 euros par an, au total. La participation forfaitaire et les franchises sont déduites des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) sauf pour les ayants droit de moins de 18 ans, les bénéficiaires du dispositif « Complémentaire Santé Solidaire », les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État, les femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse.

CURES THERMALES AGRÉÉES PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)

Nature des frais	Part AMO (% ou € sur la BR)	Couverture 2	Module A	Module B	Module C	Module PLUS
		AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle
Honoraires médicaux	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Soins thermaux	65 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Frais d'hébergement et de transport (Prise en charge AMO selon ressources)	65 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Supplément cure thermale	-	-	129,60 €	53,40 €	53,40 €	183,00 €

NAISSANCE - MARIAGE - DÉCÈS

Allocations	Part AMO (% ou € sur la BR)	Couverture 2	Module A	Module B	Module C	Module PLUS
		AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle
Allocation de naissance ou d'adoption + Garantie complémentaire exceptionnelle 2021	-	50 € + 62 € = 112 €	100 € + 114 € = 214 €	100 € + 114 € = 214 €	100 € + 114 € = 214 €	110 € + 136 € = 246 €
Allocation mariage, élargie au PACS + Garantie complémentaire exceptionnelle 2021	-	80 € + 99 € = 179 €	110 € + 136 € = 246 €	110 € + 136 € = 246 €	110 € + 136 € = 246 €	110 € + 136 € = 246 €
Frais d'obsèques (participation à caractère indemnitaire) ^{(1) (2)}	-	320 €	1 120 €	410 €	410 €	1 120 €

⁽¹⁾ Versement de la prestation sur présentation de la facture acquittée.

⁽²⁾ Indemnité frais d'obsèques versée sous réserve que le membre participant soit adhérent de la mutuelle depuis au moins 6 mois.

ALLOCATIONS JOURNALIÈRES

Les allocations journalières

Votre contrat complémentaire santé labellisé inclut, sans coût supplémentaire de cotisations pour vous, le versement d'allocations journalières sous certaines conditions.

Ces allocations journalières dites « AJ » vous permettent, en cas de maladie (passage en demi-traitement), de compléter votre salaire pouvant aller jusqu'à 40 % de votre salaire de base.

Attention il est important de ne pas confondre « complémentaire santé » avec un contrat de « prévoyance ». Le contrat prévoyance ne couvre pas vos frais de santé. Résilier votre contrat santé vous priverait des remboursements de vos dépenses de santé (hors SS), des avantages et services proposés par la MCV PAP ainsi que de toutes les aides liées au bénéfice d'une couverture santé.

Besoin d'informations sur ces questions, n'hésitez pas à contacter vos Conseillers Mutualistes et vos Correspondants.

Catégories d'adhérents actifs, ou stagiaires de la Fonction Publique Hospitalière ou d'État

Catégorie 1 et 2 (hors médecins vacataires) dont l'indice brut de rémunération est...

Catégorie 1 et 2 (hors médecins vacataires) dont l'indice brut de rémunération est...

Personnels actifs de la Ville de Paris dont l'indice brut de rémunération est...

Supplément allocation enfant à charge

⁽¹⁾ Allocations journalières versées sous réserve d'une période de 3 ans

⁽²⁾ Garantie servie sans délai de stage, sur une période...

⁽³⁾ Dans la limite de 10 % du traitement mensuel

PRÉVENTION

Nature des frais	Part AMO (% ou € sur la BR)	Couverture 2	Module A	Module B	Module C	Module PLUS
		AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle
Bilan nutritionnel ou médecine du sport ⁽¹⁾ Par an 📄	-	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Substituts nicotiniques (sur prescription médicale) Forfait annuel	65 %	100 % + 30 €	100 % + 30 €	100 % + 30 €	100 % + 30 €	100 % + 40 €
Ostéodensitométrie prise en charge AMO ⁽²⁾	27,97 €	39,96 € + 20,04 €	39,96 € + 20,04 €	39,96 € + 20,04 €	39,96 € + 20,04 €	39,96 € + 20,04 €
Ostéodensitométrie non prise en charge par l'AMO ⁽²⁾ 📄	-	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €
Traitement médicamenteux antipaludéen non pris en charge par l'AMO. Forfait annuel 📄	-	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Vaccins et rappels pris en charge ou non par l'AMO ⁽³⁾ 📄	65 %	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Vaccins « voyageur » ⁽⁴⁾ 📄	-	15 €	15 €	15 €	15 €	15 €
Vaccin antigrippe (de 60 à 64 ans)	-	Sur prise en charge Mutuelle	Sur prise en charge Mutuelle	Sur prise en charge Mutuelle	Sur prise en charge Mutuelle	Sur prise en charge Mutuelle
Contraceptifs masculins ou féminins non pris en charge par l'AMO Forfait annuel 📄	-	50 €	50 €	50 €	50 €	60 €

⁽¹⁾ Remboursement forfaitaire annuel pour honoraires de consultation ou de suivi par un nutritionniste, ou consultation pour certificat d'aptitude à la pratique du sport ou soins dans le cadre de la médecine du sport, non pris en charge par l'AMO.

⁽²⁾ Le forfait annuel ostéodensitométrie prise en charge AMO n'est pas cumulable avec le forfait annuel ostéodensitométrie non prise en charge AMO.

⁽³⁾ Remboursement par la mutuelle du reste à charge de l'adhérent sur les frais réellement engagés pour tous les vaccins et rappels, pris en charge ou non par l'AMO, autres que les vaccins « voyageur » et vaccin antigrippe. FR : Frais Réellement engagés.

⁽⁴⁾ Forfait annuel pour l'achat de vaccins dans le cadre de voyages dans les pays où ils sont obligatoires.

📄 Remboursement mutuelle sur présentation de la copie de la prescription médicale et d'une facture acquittée, dans la limite des frais réellement engagés.

BIEN-ÊTRE & MÉDECINES DOUCES

Nature des frais	Part AMO (% ou € sur la BR)	Couverture 2	Module A	Module B	Module C	Module PLUS
		AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle	AMO + Mutuelle
Ostéopathie ou chiropractie ou psychologue ou acupuncture Participation forfaitaire annuelle 📄	-	30 €	60 €	60 €	60 €	100 €
Pédicurie à partir de 50 ans. Par an 📄	-	15 €	20 €	20 €	20 €	25 €
Podologie. Par an 📄	-	20 €	50 €	50 €	50 €	80 €

📄 Remboursement mutuelle sur présentation d'une facture acquittée, dans la limite des frais réellement engagés.

Titulaires Municipale ou Communale ou Publique Territoriale,	% Maintien traitement par l'employeur (hors disponibilité d'office pour raison de santé)	Couverture 2	Module A	Module B	Module C	Module PLUS
		Employeur + Mutuelle	Employeur + Mutuelle	Employeur + Mutuelle	Employeur + Mutuelle	Employeur + Mutuelle
Catégorie 1 et 2 Revenu annuel égal ou inférieur à 388 ⁽¹⁾	50 %	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %
Catégorie 1 et 2 Revenu annuel supérieur à 388 ⁽¹⁾	50 %	75 %	80 %	75 %	75 %	80 %
Catégorie 1 et 2 Revenu annuel égal ou inférieur à 388 ⁽²⁾	50 %	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %
Par jour ⁽³⁾	-	1,60 €	1,60 €	1,60 €	1,60 €	1,60 €

Les allocations journalières sont versées au membre participant fonctionnaire, stagiaire ou titulaire des catégories 1 et 2 (hors médecins vacataires), en incapacité temporaire de travail pour raison de santé (maladie ordinaire, longue maladie, longue durée), après expiration des droits à congés maladie à plein traitement.

Ces allocations sont calculées sur le traitement mensuel de base + l'indemnité de résidence, selon l'assiette utilisée pour le calcul des cotisations (plafond : 2900 €). Le montant des allocations journalières ne peut pas être supérieur à la perte de revenu subie par l'adhérent.

⁽¹⁾ que le membre participant soit adhérent de la Mutuelle depuis au moins 9 mois. Durée maximum 365 jours sur

période de 3 ans maximum : 9 mois en maladie ordinaire / 2 ans en longue maladie / 3 ans en longue durée.

de base + indemnité de résidence servant de calcul à l'allocation.

QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS POUR FACILITER VOS CHOIX

Exemples de remboursements*	Dépense engagée	REMB. AMO** (% ou € sur la BR)	REMBOURSEMENT AMO + Mutuelle		Reste à Charge	Commentaires
SOINS COURANTS						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 €	16,50 €	Tout module	24 €	1 €	Tarif conventionnel 1 € de participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisé (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	44 €	20 €	Couverture 2	29,00 €	15,00 €	Prix moyen national de l'acte
			Module A ou B	34,75 €	9,25 €	
			Module C	29,00 €	15,00 €	
			Module Plus	40,50 €	3,50 €	
OPTIQUE						
Équipement optique de classe A : monture + 2 verres progressifs classe A, SPH]-4,00 à -6,00] et CYL [+] [0,25 à 4,00]) RAC 0	240 €	43,20 €	Tout module	240 €	0 €	Prix limite de vente 105 € par verre 30 € pour la Monture
Équipement optique de classe B : monture + 2 verres progressifs classe B, SPH]-4,00 à -6,00] et CYL [+] [0,25 à 4,00], (prix libres)	450 €	0,09 €	Couverture 2	200,09 €	249,91 €	Monture + 2 verres
			Module A ou C	240,09 €	209,91 €	
			Module B	380,09 €	69,91 €	
			Module Plus	400,09 €	49,91 €	
DENTAIRE						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	Tout module	28,92 €	0 €	Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisive, canine ou 1 ^{re} prémolaire, (100 % Santé)	500 €	84,00 €	Tout module	416 €	0 €	Honoraires limites de facturation
Couronne céramo-métallique sur 2 ^e prémolaire (reste à charge modéré)	550 €	84,00 €	Couverture 2	252 €	298 €	Honoraires limites de facturation
			Module A ou B	324 €	226 €	
			Module C	525,60 €	24,40 €	
			Module Plus	540 €	10 €	
AIDES AUDITIVES						
2 prothèses auditives de classe 1 (oreille droite et gauche) pour un adulte	1 900 €	480 €	Couverture 2	1 900 €	0 €	Prix limite de vente 950 € par prothèse
			Module A ou B	1 900 €	0 €	
			Module C	1 900 €	0 €	
			Module Plus	1 900 €	0 €	

* Les exemples sont donnés à titre indicatif et sont sans valeur contractuelle. Ils s'appliquent à un patient adulte, sans exonération du ticket modérateur et respectant le parcours de soins.

** Les montants indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 € retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires du dispositif « Complémentaire Santé Solidaire ».

LES STAGES POUR BÉNÉFICIAIRE DE NOS PRESTATIONS

LES STAGES

Pour toute adhésion pas de stage pour l'hospitalisation et le ticket modérateur des prestations en nature.

Pour les adhérents issus du secteur de la mutualité ou ayant moins d'un an d'administration : pas de stage sauf pour les allocations forfaitaires et suppléments du Module PLUS, intervention réfractive de l'œil, les frais d'obsèques et les allocations journalières (sauf APS).

Pour les adhérents non issus du secteur de la mutualité, stage de 3 à 9 mois essentiellement sur toutes les allocations et tous les suppléments.