

# TABLEAU DES GARANTIES MUTUALP SANTÉ COMMUNALE

Garanties - les taux incluent le remboursement du régime obligatoire et sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). Le remboursement est effectué dans la limite des frais réels engagés.

	SÉCURITÉ	ECONOMIQUE	ESSENTIELLE	CONFORT	RENFORCÉE
<b>HOSPITALISATION</b>					
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes DPTAM <sup>(1)</sup>	100%	100%	140%	200%	300%
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes non DPTAM <sup>(1)</sup>	100%	100%	120%	180%	200%
Soins, examens, analyses, frais de séjour, de salle, auxiliaires médicaux et examens de biologie en secteur conventionné	Dépense engagée	Dépense engagée	Dépense engagée	Dépense engagée	Dépense engagée
Soins, examens, analyses, frais de séjour, de salle, auxiliaires médicaux et examens de biologie en secteur non conventionné	100%	100%	140%	200%	300%
Forfait journalier hospitalier	Forfait Remboursé	Forfait remboursé	Forfait remboursé	Forfait remboursé	Forfait remboursé
Forfait Patient Urgences	Forfait Remboursé	Forfait remboursé	Forfait remboursé	Forfait remboursé	Forfait remboursé
Participation forfaitaire sur les actes ≥ 120 €	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Chambre particulière (nuit et ambulatoire) <sup>(2)</sup> : • en médecine, chirurgie et maternité : limitée à 60 jours / an / bénéficiaire dont Soins Médicaux et de Réadaptation : limitée à 21 jours / an / bénéficiaire • en psychiatrie : limitée à 30 jours / an / bénéficiaire	-	25 € / jour	40 € / jour	60 € / jour	70 € / jour
Frais d'accompagnement (enfant - 16 ans ou adulte +70 ans) limité à 30 jours / an / bénéficiaire	-	-	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour
Transports remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%
<b>MALADIE - MÉDECINE COURANTE (dont soins externes)</b>					
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes DPTAM <sup>(1)</sup>	100%	100%	140%	200%	300%
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes non DPTAM <sup>(1)</sup>	100%	100%	120%	180%	200%
Radiologie DPTAM <sup>(1)</sup>	100%	100%	140%	200%	300%
Radiologie non DPTAM <sup>(1)</sup>	100%	100%	120%	180%	200%
Participation forfaitaire sur les actes ≥ 120 €	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, pédicures	100%	100%	140%	200%	300%
Consultations psychologues (article L. 162-58 du Code de la Sécurité sociale, du Code de la Sécurité sociale, Décrets et Arrêtés en vigueur)	100%	100%	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire	100%	100%	140%	200%	300%
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%
Orthopédie et appareillage acceptés Sécurité sociale	100%	100%	100%	150%	150%
Forfait orthopédie, prothèses accessoires (acceptées ou non) <sup>(2)</sup>	-	-	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	400 € / an / bénéficiaire
Actes de prévention légaux (2 actes selon la liste) Arrêté du 8 juin 2006 - Article R 871-2 II du code de la Sécurité sociale	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
<b>SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES (Prestations plafonnées à 1500 € / an /bénéficiaire) <sup>(3)</sup></b>					
100% SANTÉ Prothèses dentaires "offre 100% Santé" <sup>(4)</sup>	-	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF
Actes techniques, chirurgie, radiologie, soins dentaires et parodontologie acceptée Sécurité sociale	-	125%	200%	300%	400%
Prothèses dentaires ("offre maitrisée" et "offre libre") <sup>(4)</sup>	-	125%	200%	300%	400%
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	-	125%	200%	250%	300%
Orthodontie refusée Sécurité sociale : Sur la base reconstituée d'un acte TO90	-	100%	125%	200%	250%
<b>AIDES AUDITIVES</b>					
100% SANTÉ Audioprothèse classe 1 ("offre 100% Santé") <sup>(5)</sup>	-	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Audioprothèse classe 2 "offre libre" <sup>(5)</sup>	-	100% + 100 € / oreille	100% + 150 € / oreille	100% + 300 € / oreille	100% + 400 € / oreille
<b>OPTIQUE (en classe B, forfait exprimé en euros comprenant le ticket modérateur).</b>					
100% SANTÉ Équipement optique classe A complet (monture et verres)"offre 100% Santé" <sup>(6) (7)</sup>	-	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Équipement optique classe B complet (monture et verres) "Offre libre" <sup>(6)</sup>					
Monture avec deux verres simples (a)*	-	100 €	200 €	250 €	300 €
OU Monture avec un verre simple et un complexe (b)*	-	150 €	225 €	275 €	325 €
OU Monture avec un verre simple et un très complexe (d)*	-	200 €	275 €	325 €	375 €
OU Monture avec deux verres complexes (c)*	-	225 €	300 €	350 €	400 €
OU Monture avec un verre complexe et un très complexe (e)*	-	250 €	325 €	375 €	425 €
OU Monture avec deux verres très complexes (f)*	-	275 €	350 €	400 €	450 €
La prise en charge de la monture dans le forfait est limitée à :	-	50 €	100 €	100 €	100 €
ET Lentilles acceptées Sécurité sociale <sup>(2)</sup>	-	100% + 50 € / an / bénéficiaire	100% + 75 € / an / bénéficiaire	100% + 150 € / an / bénéficiaire	100% + 200 € / an / bénéficiaire
OU Lentilles cornéennes non remboursées Sécurité sociale <sup>(2)</sup>	-	50 € / an / bénéficiaire	75 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire

Garanties - les taux incluent le remboursement du régime obligatoire et sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). Le remboursement est effectué dans la limite des frais réels engagés.

	SÉCURITÉ	ECONOMIQUE	ESSENTIELLE	CONFORT	RENFORCÉE
<b>CURES THERMALES <sup>(8)</sup></b>					
Cure thermique <sup>(2)</sup>	-	100%	100% + 100 € / an / bénéficiaire	150% + 200 € / an / bénéficiaire	150% + 250 € / an / bénéficiaire
<b>+ PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES : non remboursées par la Sécurité sociale <sup>(2)''</sup></b>					
Chirurgie laser de l'œil (myopie)	-	50 € / an / bénéficiaire	75 € / an / bénéficiaire	125 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire
Acupuncteur, ostéopathe, homéopathe, chiropracteur, étioathe, diététicien, nutritionniste, sophrologue, réflexologue, pédicure, podologue, cryothérapeute (limité à 4 séances par an, avec un max de 25 € par séance)					
Parodontologie non remboursée					
Contraception orale (nouvelles générations)					
Implantologie mammaire et prothèses mammaires					
Vaccins antigrippe et vaccins non pris en charge					
Examen de densitométrie osseuse					
Bilan nutritionnel, diagnostic (enfant de - 12 ans)					
Soins dentaires préventifs					
Huiles essentielles (max 15 € par an)					
Médicaments d'aide à l'arrêt du tabac					
Allocation obsèques (sur présentation de facture de frais d'obsèques) <sup>(9)</sup>	-	-	500 €	500 €	1 000 €

BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale  
DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

FR : Frais réels  
HLF : Honoraires Limites de Facturation  
PLV : Prix Limites de Vente

ASSISTANCE ET SERVICES	
Assistance	Inclus dans votre contrat
Téléconsultation	Inclus dans votre contrat
2ème avis	Inclus dans votre contrat
Réseau de soins	Inclus dans votre contrat
Aide au placement des aînés en EHPAD	Inclus dans votre contrat
Tiers payant	Inclus dans votre contrat
Compte adhérent en ligne	Inclus dans votre contrat
Application smartphone "Mon Espace Mutualp"	Inclus dans votre contrat

\* voir grille optique ci-dessous

Grille optique	Valeur de la Sphère (décret du 11 janvier 2019)
a - Verres simples	a) verres unifocaux : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindres ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 6
c - Verres complexes	c) verres unifocaux : sphériques hors zone de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -6 et cylindre ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≥ 6 verres multifocaux ou progressifs : sphériques de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 8
f - Verres très complexes	
b - Verres a & c	f) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -8 et cylindres ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) > 8
d - Verres a & f	
e - Verres c & f	

Prestations en vigueur à compter du 01/01/2025. Nos garanties sont exprimées en pourcentage du tarif de base de la Sécurité sociale ou en Euros. Les taux incluent le remboursement du Régime obligatoire.

**\*\* Sur présentation de facture acquittée.**  
Les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables. Toutes les garanties de la présente plaquette sont solidaires et responsables à l'exception de la garantie "MA SANTE SECURITE" qui ne respecte pas les dispositions de l'article L871-1 du code de la Sécurité sociale. La garantie "MA SANTE SECURITE" est par conséquent soumise à un taux de taxe de solidarité additionnelle majoré et ne peut bénéficier des avantages sociaux et fiscaux attachés auxdits contrats. Toutes les garanties de la présente plaquette, indépendamment de leur caractère solidaire et responsable ou non, ne prennent pas en charge : la participation forfaitaire de 2 € laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin de ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale - les majorations de participation de l'assuré ou les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins - dès que cette réglementation entrera en vigueur, la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas au médecin l'accès à son dossier médical - les franchises médicales annuelles mentionnées au III de l'article L322.2 du code de la Sécurité sociale applicables sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires dans les conditions définies légalement notamment celles relatives aux plafonds et exonérations. <sup>(1)</sup> La garantie est au minimum du ticket modérateur. Pour les médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs légaux de modération d'honoraires

(DPTAM), la garantie est diminuée d'au moins 20% de la BR pour un total maximum de 200% BR. <sup>(2)</sup> L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (2), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, par année civile. <sup>(3)</sup> Au-delà de ce plafond, et dans le respect des obligations relatives au panier de soins, les actes dentaires pris en charge par le Régime obligatoire seront remboursés à hauteur des minimums prévus au panier de soins. <sup>(4)</sup> Tels que définis réglementairement, les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite prévue des honoraires de facturation pour ce type d'acte en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Pour "Offre maîtrisée" : dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) fixés par la Convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de Convention applicable, par le Règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale. <sup>(5)</sup> Tels que définis réglementairement, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (plafond réglementaire de 1700€ par oreille). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment). <sup>(6)</sup> Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge

renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix limite de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Un renouvellement anticipé (sans délai) des verres est également possible en application de l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale. En cas d'équipement mixte (classe A et B), la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou monture "100% Santé". <sup>(7)</sup> Telle que définie réglementairement, cette garantie comprend la prise en charge des verres et monture de Classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différents, l'adaptation de la correction et le supplément applicable pour les verres avec filtres tels que définis au 2° alinéa de l'art L165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limites de Vente). En application de l'art L165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale. <sup>(8)</sup> Le forfait intègre le remboursement mutuelle des frais de transport et d'hébergement uniquement si un remboursement sur ces actes a été effectué par le Régime obligatoire. <sup>(9)</sup> A partir de 5 ans d'ancienneté.