Mutuelle des Services Publics

Garanties labellisées et conformes aux dispositions du décret n°2011-1474 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.	ESSENTIELLE - HSP1 A.M.O. + mutuelle	DYNAMIQUE - HSP2 A.M.O. + mutuelle	INTEGRALE - HSP5 A.M.O. + mutuelle	PRESTIGE - OXY5 A.M.O. + mutuelle
SOINS COURANTS				
Consultations, visites généralistes - médecins ayant signés l'OPTAM	100%	100%	100%	250%
Consultations, visites généralistes - médecins n'ayant pas signés l'OPTAM	100%	100%	100%	200%
Consultations, visites spécialistes - médicaux médecins ayant signés l'OPTAM	100%	150%	200%	250%
Consultations, visites spécialistes - médecins n'ayant pas signés l'OPTAM	100%	130%	150%	200%
Actes techniques médicaux - médecins ayant signés l'OPTAM	100%	150%	200%	250%
Actes techniques médicaux - médecins n'ayant signés l'OPTAM	100%	130%	150%	150%
FRAIS DE TRANSPORT (remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire)	100%	100%	100%	100%
RADIOLOGIE - ECHOGRAPHIE				
• Actes d'imagerie médicale (radiologie, scanner, IRM)	100%	100%	100%	100%
• Actes d'échographie	100%	100%	100%	100%
LABORATOIRE (médecins ayant signés ou non l'OPTAM)	100%	100%	100%	100%
AUXILIAIRES MÉDICAUX	100%	100%	100%	100%
PHARMACIE				
• Pharmacie 65%	100%	100%	100%	100%
• Pharmacie 30%	95%	100%	100%	100%
• Pharmacie 15%	80%	100%	100%	100%
SOINS EXTERNES (hôpitaux publics et privés)	100%	100%	100%	100%
HOSPITALISATION				
MEDECINE, CHIRURGIE, OBSTETRIQUE				
• Frais de séjour en établissement public et privé conventionné	100%	100%	100%	100%
• Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ADC, ADA, ACO, ATM) - médecins ayant signés l'OPTAM ou l'OPTAM CO	100%	150%	200%	250%
• Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ADC, ADA, ACO, ATM) - médecins n'ayant pas signés l'OPTAM ou l'OPTAM CO	100%	130%	150%	200%
• Forfait hospitalier journalier (illimité)	18€/jour	18€/jour	18€/jour	frais réels
• Chambre particulière (30 jours) (forfait par an et par bénéficiaire)	-	70 €	70 €	frais réels
• Hospit. obstétricale : prise en charge des frais non remboursés par l'A.M.O. liés à un accouchement, dans la limite de :	-	160 €	160 €	240 €
• Frais d'accompagnement (30 jrs/an)	-	20 €	20 €	70 €
• Forfait TV, repas (30 jrs/an)	-	-	-	60 €
CURES THERMALES				
• Cure thermale	100%	100%	100%	100%
• Honoraires de surveillance	100%	100%	100%	250%
• Forfait Cure Thermale (forfait par an et par bénéficiaire)	-	150 €	200 €	500 €
OPTIQUE				
• Verres, montures, ou lentilles remboursés par l'A.M.O. (forfait par bénéficiaire pour 1 équipement par période de 2 ans*) :				
• *Forfait monture*	30 €	50 €	75 €	100 €
• *Forfait verres simples par verre*	15 €	40 €	90 €	110 €
• *Forfait verres complexes par verre*	85 €	100 €	130 €	180 €
• *Forfait verres très complexes par verre*	85 €	100 €	130 €	180 €
• Forfait lentilles correctrices prise en charge ou non par l'A.M.O. (forfait par an et par bénéficiaire)	40 €	80 €	120 €	150 €
• Forfait basse vision (forfait par an et par bénéficiaire dans le réseau)	-	-	-	200€
• Forfait chirurgie laser non remboursée par A.M.O. par œil opéré (stage de 12 mois) - ne couvre pas les implants intraoculaires	-	200 €	750 €	280 €
APPAREILLAGES				
ORTHOPEDIE - APPAREILLAGE (hors audioprothèse)	100%	100%	100%	100%
• Forfait (par an et par bénéficiaire)	120 €	120 €	120 €	200 €
AUDIOPROTHESE	100%	100%	100%	100%
• Forfait (par an et par bénéficiaire)	-	150 €	250 €	400 €
DENTAIRE				
• Soins dentaires	100%	100%	100%	250%
• Prothèses dentaires (remboursées par l'A.M.O.)	100%	150%	350%	500%
• Actes dentaires non remboursés par l'A.M.O. : parodontologie, implantologie, prothèses (forfait par an et par bénéficiaire)	-		400 €	400 €
Plafond annuel de remboursements par bénéficiaire (appliqué pendant 5 ans). Si le plafond est atteint le remboursement de la mutuelle sera alors limité au ticket modérateur.	1 500 €	1 500 €	2 000 €	2 000 €
• Orthodontie	100%	150%	250%	500%
• Orthodontie adulte (forfait / semestre)	-	40 €	70 €	250 €
MEDECINE COMPLEMENTAIRE				
• Médicaments prescrits non remboursés (forfait par an et par bénéficiaire)	25 €	50 €	50 €	50 €
• pillule non remboursée par l'A.M.O. (forfait par an et par bénéficiaire)		30 €	30 €	50 €
• Sevrage tabagique (forfait par an et par bénéficiaire)		-	-	50 €
• Osteopathie, acupuncture, chiropractie, diététique, pédicurie, psychologue, psychomotricien, (forfait par an et par bénéficiaire)	2x30€	5x30€	5x30€	5x40€
PREVENTION ET PRIMES (forfaits par an et par bénéficiaire)				
• Densitométrie osseuse (forfait par an et par bénéficiaire)	50 €	50 €	50 €	50 €
• Vaccins non remboursés par l'A.M.O. (forfait par an et par bénéficiaire)	20 €	30 €	30 €	50 €
• Forfait prévention addictions, consultations santé/travail (forfait par an et par bénéficiaire dans le réseau)	-	-	-	44 €
• Scellement des puits, sillons et fissures dentaires (enfants - de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
• Amniocentèse (forfait par an et par bénéficiaire)	45 €	45 €	45 €	50 €
• Prothèse capillaire et mammaire (remboursée par l'Assurance Maladie)	100%	100%	100%	100%
• forfait prothèse capillaire et mammaire remboursée par l'A.M.O. (forfait par an et par bénéficiaire)	150 €	150 €	150 €	80 €
• Fécondation in-vitro (forfait par an et par bénéficiaire)	-	-	-	150 €

AVANTAGES MUTUALISTES

COMPLEMENT DE SALAIRE AGENTS PUBLICS TERRITORIAUX	**20% du TIB du 91ème au 365ème jour en arrêt maladie ordinaire**
ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE	**En cas d'accident corporel ou de maladie imprévue entrainant l'hospitalisation ou le décès d'un bénéficiaire et dans le cas d'hospitalisations programmées, une assistance vie quotidienne peut vous être fournie (voir notice d'information)**
INFORMATION ACCOMPAGNEMENT - Accès à la plateforme de services "Priorité Santé Mutualiste"	**Téléphone : 39 35 / code 6585**

LE FORFAIT DE 18 € POUR LES ACTES MEDICAUX D'UN MONTANT EGAL OU SUPERIEUR A 120€ EST PRIS EN CHARGE INTEGRALEMENT

* forfait par équipement (monture+verres) valable une fois tous les 2 ans sauf exception fixée par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014

MODALITES DE REGLEMENT : la cotisation dépend de la garantie choisie. Elle est annuelle et payable d'avance (paiement par précompte sur salaire, prélèvement mensuel, trimestriel ou annuel)

VOS REMBOURSEMENTS : votre décompte de sécurité sociale portera la mention que les remboursements nous ont été transmis. Votre règlement est alors fait automatiquement. Si ce n'était pas le cas, présentez l'original du décompte à l'accueil, ou adressez-le par courrier à la mutuelle. Le règlement sera alors effectué par virement.

Les taux de remboursements indiqués s'entendent sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (A.M.O.) dans le respect du parcours de soins coordonnés (taux en vigueur au 01/01/17). Ils peuvent être minorés en fonction des dispositions légales. Ils cumulent le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et le remboursement de la mutuelle, dans la limite des frais réellement engagés. Les dépassements d'honoraires hors parcours de soins coordonnés ne sont pas pris en charge par la mutuelle. La franchise de 1€ mise en place par le gouvernement en 2005 et retenue par l'Assurance Maladie Obligatoire sur le remboursement des actes médicaux (consultations, actes de biologie...) n'est pas prise en charge par la mutuelle. La franchise de 18€ pour les actes médicaux (décret 2011-201 du 21 février 2011) d'un montant égal ou supérieur à 120€ est prise en charge intégralement. Ces garanties répondent au cahier des charges des "contrats responsables" (décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014). En application de l'article 83 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, ces garanties permettent de bénéficier du mécanisme de tiers-payant au moins à hauteur du tarif de responsabilité y compris le ticket modérateur forfaitisé à 18€) et le forfait journalier hospitalier de manière intégrale et illimitée.