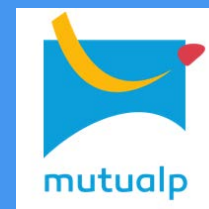


MA MUTUELLE SANTE COMMUNALE

Rencontre Mutualp avec la Commune de Noyarey 38360



**La santé de tous, un bien précieux.
Parce que nous avons tous droit à la santé !**



SOMMAIRE

- ❖ Enjeux et objectifs de la mutuelle communale
- ❖ Présentation de la mutuelle Mutualp
- ❖ Comment s'organise la mutuelle communale
- ❖ Les garanties
- ❖ Mise en place de la mutuelle
- ❖ La convention



Enjeux et objectifs de la mutuelle communale

Les enjeux de la mutuelle communale

Aujourd'hui, 8% des français n'ont pas de complémentaire santé, ce qui représente plus de 5 millions de français.

Certains se couvrent à minima par manque de moyens financiers.

Autant de personnes susceptibles d'être intéressées par la mutuelle communale.

Cette situation concerne majoritairement :

- Les jeunes : étudiants ou sans emploi,
- Les personnes au chômage,
- Certains salariés en CDD,
- Les retraités,
- Les travailleurs non salariés.

Permettre l'accès aux soins au plus grand nombre est un enjeu social auquel l'Etat n'a pas répondu complètement, malgré la mise en place de dispositifs tels que :

- L'ANI (Accord National Interprofessionnel) mis en place au 1er janvier 2016. Il impose à toutes les entreprises la mise en place d'un contrat de complémentaire santé à destination des salariés et ce à titre obligatoire.
- La Complémentaire santé solidaire (CSS) mise en place depuis le 1^{er} novembre 2019 et qui remplace la CMUC-C et l'ACS. Ce dispositif permet de bénéficier d'une complémentaire santé entièrement gratuite ou avec contribution financière limitée, mais est soumis à plafond de ressources et ne peut donc pas bénéficier à tous.

Trop de personnes, environ 3 sur 10, renoncent aux soins faute de complémentaire santé ou de couverture suffisante.



Les objectifs de la mutuelle communale

L'union fait la force

- Permettre à tous d'accéder à une complémentaire santé avec des prestations de qualité,
- Augmenter le pouvoir d'achat des administrés. En se regroupant, la mutuelle communale permet de bénéficier d'une offre à un tarif maîtrisé.

Un partenariat gagnant-gagnant

- Une complémentaire santé attractive pour les administrés sans coût pour la commune, ni travail supplémentaire pour le Maire, les élus ou le personnel communal,
- Un partenariat qui débouche sur des actions de santé et prévention auprès des administrés.

La liberté de choix

- Aucune obligation d'adhérer, chacun reste libre de son choix et peut adhérer à tout moment,
- Une seule condition : habiter ou travailler dans la commune.

La Fnim et la mutuelle communale

La Fnim

La Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles (Fnim) née de la volonté de garantir à chaque organisme mutualiste sa liberté d'action et son indépendance regroupe 37 mutuelles soit 1,5 million de personnes protégées.

Son rôle est de représenter les mutuelles affiliées et défendre leurs intérêts ainsi que ceux de leurs adhérents. Elle permet également la mise en commun de moyens dans des domaines tels que la formation et le développement de services.

Fort de ses valeurs de solidarité et d'accès à la santé pour tous, la Fnim est actuellement très engagée dans la réforme de l'aide à la complémentaire santé (CSS).

La mutuelle communale au sein de la Fnim en chiffres

- ❖ Plus de 400 communes partenaires
- ❖ Plus de 12000 personnes protégées
- ❖ Une moyenne d'âge de 60 ans pour les adhérents
- ❖ Un gain moyen d'environ 300€* par an sur la cotisation

*Gain estimé selon le déclaratif des adhérents à la solution Ma Santé de la Mutuelle Just.

Qu'est-ce qu'une mutuelle ?

Qu'est-ce qu'une complémentaire santé ?

La complémentaire santé a pour objectif, comme son nom l'indique, de prendre en charge la partie des actes médicaux et traitements non pris en charge par la Sécurité sociale. Contrairement à la Sécurité sociale la souscription à une complémentaire santé est libre et optionnelle.

De fait, l'adhésion à une complémentaire santé se fait souvent en fonction des remboursements proposés. Ceux-ci peuvent être de 100%, 200% voire 300% de la part prise en charge par la Sécurité Sociale, aussi appelé ticket modérateur.

Ces remboursements importants peuvent s'avérer intéressants pour les consultations des praticiens dont les honoraires sont libres et dont les prix dépassent souvent le plafond de remboursement fixé par la Sécurité sociale comme par exemple en optique, en dentaire et en audioprothèse.

Qu'est-ce qu'une mutuelle ?

Les organismes proposant des contrats de complémentaire santé sont souvent regroupés sous le terme générique de « mutuelles » mais il faut bien faire la distinction entre les compagnies d'assurance et les mutuelles santé. Là où les premières sont des entreprises commerciales et sont soumises à une obligation de résultats, les secondes sont des organismes à but non lucratif dépendant du code de la Mutualité. Il y a encore 15 ans les mutuelles étaient même assimilées à une association loi de 1901. De plus, par son statut, la mutuelle a l'interdiction de sélectionner le risque qu'elle couvre.

Le principe d'une mutuelle est de former un regroupement de personnes qui s'assurent mutuellement contre les risques sociaux. La mutualité repose sur le principe de solidarité et une gestion démocratique. En effet, les mutuelles sont gérées par un conseil d'administration dont les membres sont élus par les adhérents.

Les mutuelles ont joué un rôle prédominant dans le développement de notre système de protection sociale, dans la prévention des maladies et des comportements à risques à travers des actions de sensibilisation.



Présentation Mutualp



Mutualp

Mutuelle lyonnaise créée en 1968, Mutualp est spécialisée dans la protection sociale des particuliers et des salariés d'entreprises. Très attachée aux valeurs mutualistes, elle propose des garanties permettant l'accès aux soins au plus grand nombre avec des cotisations calculées au plus juste.

Nos locaux sont situés à Lyon 144 rue Garibaldi dans le 6ème arrondissement. Mutualp est membre de la Fnim (Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles) qui est une organisation de défense des intérêts et de représentation de ses adhérents en tant qu'entreprises mutualistes, tout comme Mutualp défend les intérêts de ses adhérents.

Mutualp est une mutuelle et contrairement à un courtier ou un assureur elle est à but non lucratif, ne dégage pas de bénéfices et n'a pas d'actionnaires à rémunérer. Elle fait partie de l'économie sociale et solidaire.

Notre Conseil d'Administration est composé de membres totalement bénévoles où se côtoient chefs d'entreprises, salariés, retraités et professionnels de la santé, du droit, de la comptabilité.

Compte tenu des nombreuses sollicitations, notre CA a décidé que Mutualp proposerait dorénavant directement ses garanties santé aux administrés des communes qui souhaiteront mettre en place avec nous un contrat dit de « mutuelle communale ».

Nos valeurs

L'innovation

La taille de notre mutuelle est aussi un atout pour tester et proposer à nos adhérents des solutions innovantes telles que le service « MédecinDirect », ainsi que « Proxime&moi ».

La qualité de service

À la mutuelle Mutualp nous plaçons l'adhérent au cœur de notre activité et nous faisons de sa satisfaction notre priorité. Notamment grâce à la réactivité et l'efficacité d'Almerys acteur majeur du tiers payant présent sur l'ensemble du territoire national et qui rassemble 98 % des pharmacies, 89 % des laboratoires d'analyses médicales et biologiques et 46 % des cabinets de radiologie. Le tiers payant dispense l'adhérent de Mutualp de faire l'avance des frais médicaux.

L'indépendance

L'appartenance de la mutuelle Mutualp à la Fnim (Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles) lui permet une indépendance vis-à-vis du pouvoir et des grands groupes d'assurance mais aussi la possibilité de faire entendre sa voix au niveau national grâce au poids du collectif. En effet la Fnim regroupe 37 mutuelles soit 1,5 million de personnes protégées.

La prévention

Rendre ses adhérents acteurs de leur santé à travers la mise en place d'actions de prévention.

Les avantages de l'offre Mutualp

Une offre négociée pour l'ensemble des communes, ce qui permet une mutualisation large sur la région Auvergne-Rhône-Alpes. Ainsi, les habitants des plus petites communes peuvent bénéficier des mêmes prestations et tarifs que les plus importantes.

Aucune sélection médicale à l'adhésion ni pendant la vie du contrat. **Pas de questionnaire de santé, pas de limite d'âge pour adhérer, prise en charge immédiate des dépenses de santé.**

Afin d'aider financièrement nos adhérents, une remise de 20% est accordée sur le montant de la cotisation des deux membres des couples (mariés, pacsés ou concubins) inscrits sur le même contrat avec une garantie identique et pour les familles gratuité de la cotisation à partir du 3ème enfant.

4 niveaux de garantie pour pouvoir répondre aux attentes et besoins du plus grand nombre.

1 garantie de premier niveau qui couvre la médecine courante, l'hospitalisation avec la prise en charge du forfait hospitalier en intégralité (20€ par jour en hôpital ou clinique, 15€ dans le service psychiatrique d'un établissement de santé) et de manière illimitée dans le temps.

Une participation au règlement de la chambre particulière et un forfait « bien être » dès le deuxième niveau.

Bénéfice du tiers payant qui permet une prise en charge efficace des frais de santé.

Un espace adhérent en ligne pour suivre ses remboursements, consulter ses garanties, établir des demandes de devis... et un Centre de gestion disponible et réactif **associant le meilleur du digital à une relation humaine de proximité.**

Notre engagement correspond à nos critères d'exigence : réactivité, proximité et qualité de service, afin de garantir à nos adhérents **confort et accompagnement personnalisé.**

Comment s'organise la mutuelle communale ?



La mutuelle communale, comment cela fonctionne ?

La commune propose une solution à ses administrés.

Les habitants choisissent en toute liberté d'adhérer à la mutuelle proposée.

Mutualp se charge des adhésions, du paiement des prestations et de l'encaissement des cotisations.

La solution proposée par Mutualp permet de répondre à un véritable problème de société que vivent les administrés des communes qui ne sont pas couverts par un contrat collectif. Elle apporte une véritable plus value sociale et permet aux communes de proposer un service supplémentaire à leurs administrés.

La complémentaire santé ne rentre pas dans le cadre de la procédure des appels d'offres qui peut être lourde et fastidieuse, ainsi la signature d'une simple convention de partenariat entre Mutualp et la commune suffit pour la mise en place de la mutuelle communale.

Qui peut-être intéressé par la mutuelle communale?

Les séniors

Les habitants de plus de 60 ans se trouvent régulièrement confrontés à des hausses très importantes du coût de leur couverture santé. La mutuelle communale pourrait leur permettre d'accéder à une meilleure couverture en réduisant le coût.

Les demandeurs d'emploi

Difficile à quantifier, car tous ne sont pas inscrits en tant que « demandeurs d'emploi ». Ils ne sont pour la plupart pas éligibles à la Complémentaire santé solidaire (CSS) et beaucoup d'entre eux négligent leur couverture à cause du coût d'une complémentaire santé. La mutuelle communale par sa formule sociale leur permet de retrouver la protection nécessaire.

Les Travailleurs Non-Salariés (TNS)

La catégorie des Travailleurs Non-Salariés regroupe les indépendants (professions libérales, commerçants, artisans, auto-entrepreneurs). Cette population a souvent accès à la fiscalité de la loi Madelin lui permettant de chercher de bons niveaux de couverture proposés dans les différentes gammes de la mutuelle communale et ce, toujours à des tarifs très attractifs.

Les étudiants

Beaucoup d'étudiants se couvrent eux-mêmes en complémentaire santé, et souvent leurs garanties ne sont pas adaptées ou trop onéreuses, la formule sociale de la mutuelle communale leur permettrait de bénéficier d'une couverture de tous les postes de soins et ce, sans bouleverser leur budget.

Les garanties et services associés



Nous sommes attachés aux garanties dites « responsables » et pourtant afin de permettre à chacun d'accéder à une complémentaire, nous apportons aussi une entrée de gamme non « responsable ».

Nous proposons ainsi 3 garanties « responsables » qui intègrent la nouvelle réforme du 100% santé.

Ces contrats étant des contrats individuels, les habitants et travailleurs indépendants sont ainsi libres de choisir le niveau de garanties souhaité.

A noter qu'aucune rémunération de quelque nature que ce soit ne sera perçue par le CCAS, la ville ou la mutuelle. De même, le CCAS ou la collectivité n'auront aucun rapport financier ni avec la mutuelle MutuaIp, ni avec les usagers.

Les garanties

HOSPITALISATION

Hospitalisation avec une prise en charge en complément du régime obligatoire de la Sécurité sociale, que le médecin adhère ou non aux dispositifs légaux de modération d'honoraires (DPTAM) .

La mutuelle intervient également dans la prise en charge du forfait journalier hospitalier dans tous ses contrats.

La chambre particulière, une participation aux dépassements d'honoraires et les frais d'accompagnement des enfants de moins de 16 ans ou adulte plus de 70 ans dès la garantie « MA SANTE ESSENTIELLE ».

<i>Garanties - incluant le remboursement du régime obligatoire et dans la limite des frais réels.</i>	MA SANTÉ SECURITÉ	MA SANTÉ ESSENTIELLE	MA SANTÉ CONFORT	MA SANTÉ RENFORCÉE
HOSPITALISATION				
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes DPTAM (2)	100%	140%	200%	300%
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes non DPTAM (2)	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
Soins, examens, analyses, frais de séjour, de salle, auxiliaires médicaux et examens de biologie en secteur non conventionné	100%	140%	200%	300%
Forfait journalier hospitalier	FORFAIT REMBOURSÉ	FORFAIT REMBOURSÉ	FORFAIT REMBOURSÉ	FORFAIT REMBOURSÉ
Participation forfaitaire sur les actes ≥ 120 €	OUI	OUI	OUI	OUI
Chambre particulière limitée à 60 jours/an/bénéficiaire (sauf en psychiatrie limitée à 30 jours/an/bénéficiaire) (1)	-	40 €/jour	60 €/jour	70 €/jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans) ou adulte plus de 70 ans) limités à 30 jours par an (1)	-	25 €/jour	25 €/jour	25 €/jour
Transports remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Les garanties

MEDECINE COURANTE

Dans le cadre de la maladie, médecine courante (dont soins externes), nos contrats interviennent en complément de la Sécurité sociale pour les consultations / visites chez les généralistes et spécialistes que le médecin adhère ou non aux dispositifs légaux de modération d'honoraires (DPTAM) (cf. tableau de garantie).

Même chose pour les frais de pharmacie, pédicures, orthoptistes, orthophonistes, infirmiers, kinés.

L'orthopédie et les appareillages acceptés par la Sécurité sociale voient une intervention de la mutuelle en complément du régime obligatoire.

Pour les actes repris ci-dessous non remboursés par le régime obligatoire, Mutualp intervient sous forme de forfait annuel pour chaque bénéficiaire dès la garantie « MA SANTE ESSENTIELLE ».

<i>Garanties - incluant le remboursement du régime obligatoire et dans la limite des frais réels.</i>	MA SANTÉ SECURITÉ	MA SANTÉ ESSENTIELLE	MA SANTÉ CONFORT	MA SANTÉ RENFORCÉE
MALADIE - MÉDECINE COURANTE (dont soins externes)				
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes DPTAM (2)	100%	140%	200%	300%
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes non DPTAM (2)	100%	120%	180%	200%
Radiologie DPTAM (2)	100%	140%	200%	300%
Radiologie non DPTAM (2)	100%	120%	180%	200%
Participation forfaitaire sur les actes ≥ 120 €	OUI	OUI	OUI	OUI
Infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, pédicures	100%	140%	200%	300%
Analyses et examens de laboratoire	100%	140%	200%	300%
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%
Orthopédie et appareillage acceptés Sécurité sociale	100%	100%	150%	150%
Forfait orthopédie, prothèses accessoires (acceptées ou non) (1)	-	150 €/an/ bénéficiaire	300 €/an/ bénéficiaire	400 €/an/ bénéficiaire

Les garanties

DENTAIRE / AUDITIF

Sur le domaine dentaire, nos garanties* complètent le remboursement du régime général pour les actes de chirurgie, radiologie, soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie.

A noter que nous prenons en charge dès le contrat « MA SANTE ESSENTIELLE », l'orthodontie refusée par la Sécurité sociale.

Garanties - incluant le remboursement du régime obligatoire et dans la limite des frais réels.	MA SANTÉ SECURITÉ	MA SANTÉ ESSENTIELLE	MA SANTÉ CONFORT	MA SANTÉ RENFORCÉE
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES (Prestations plafonnées à 1500€/an/bénéficiaire) (9)				
100% SANTÉ Prothèses dentaires "offre 100% Santé" (3)	-	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	-	200%	300%	400%
Prothèses dentaires ("offre maîtrisée" et "offre libre") (3)	-	200%	300%	400%
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	-	200%	250%	300%
Orthodontie refusée Sécurité sociale: Sur la base reconstituée d'un acte TO90 (193,5 €)	-	125%	200%	250%
AIDES AUDITIVES				
100% SANTÉ Audioprothèse classe 1 "offre 100% Santé" (4)	-	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" (4)	-	100% + 150 €/oreille	100% + 300 €/oreille	100% + 400 €/oreille

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

FR : Frais réels
PMSS : Plafond Mensuel Sécurité sociale

HLF : Honoraires Limites de Facturation
PLV : Prix Limites de Vente

* A l'exception de « MA SANTE SECURITE »

Les garanties

OPTIQUE

Concernant le poste optique, tenant compte du faible remboursement de la Sécurité sociale, la mutuelle Mutualp a axé ses différentes garanties sur la base d'un forfait par bénéficiaire. Forfait qui s'entend par période de 2 ans pour les adultes et 1 an pour les enfants mineurs. A noter qu'en cas d'évolution de la vue, la période est ramenée à une année pour l'adulte.

<i>Garanties - incluant le remboursement du régime obligatoire et dans la limite des frais réels.</i>	MA SANTÉ SECURITÉ	MA SANTÉ ESSENTIELLE	MA SANTÉ CONFORT	MA SANTÉ RENFORCÉE
OPTIQUE (forfait exprimé en euros comprenant le ticket modérateur). Le remboursement de la monture est limité à 100€ en classe B et 30€ en classe A (5) (6)				
100% SANTÉ Équipement optique classe A complet (monture et verres) "offre 100% Santé" (5) (6)	-	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" (5) :				
Monture avec deux verres simples (a)*	-	200 €	250 €	300 €
OU Monture avec un verre simple et un complexe (b)*	-	225 €	275 €	325 €
OU Monture avec un verre simple et un très complexe (d)*	-	275 €	325 €	375 €
OU Monture avec deux verres complexes (c)*	-	300 €	350 €	400 €
OU Monture avec un verre complexe et un très complexe (e)*	-	325 €	375 €	425 €
OU Monture avec deux verres très complexes (f)*	-	350 €	400 €	450 €
Dont prise en charge de la monture limitée à :	-	100 €	100 €	100 €
ET Lentilles acceptées Sécurité sociale (1)	-	100% + 75 €/an/ bénéficiaire	100% + 150 €/an/ bénéficiaire	100% + 200 €/an/ bénéficiaire
OU Lentilles cornéennes non remboursées Sécurité sociale (1)	-	75 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire

* 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	
d - Verres a & f	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
e - Verres c & f	

Les garanties

BIEN-ÊTRE

Dès la garantie « MA SANTE ESSENTIELLE », nous proposons un forfait annuel par bénéficiaire prenant en charge des prestations complémentaires non remboursées par la CPAM, telles que : Acupuncture, ostéopathie, diététique, vaccins non pris en charge, nutritionniste, diététicien, pédicure...
 Pour les cures thermales, le remboursement de la mutuelle ne se fera que si la Sécurité sociale intervient en amont. A noter qu'un forfait variable selon le niveau de garanties est également prévu au contrat.

<i>Garanties - incluant le remboursement du régime obligatoire et dans la limite des frais réels.</i>	MA SANTÉ SECURITÉ	MA SANTÉ ESSENTIELLE	MA SANTÉ CONFORT	MA SANTÉ RENFORCÉE
CURES THERMALES (7)				
Cure thermique (1)	-	100% + 100 €/an/ bénéficiaire	150% + 200 €/an/ bénéficiaire	150% + 250 €/an/ bénéficiaire
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES : non remboursées par la Sécurité sociale (1)**				
Chirurgie laser de l'œil (myopie) Acupuncture, ostéopathie, homéopathie, chiropracteur, étioopathie, diététicien, nutritionniste, sophrologue, réflexologie, pédicure, podologue, cryothérapie (limité à 4 séances par an, avec un max de 25 € par séance)				
Parodontologie non remboursée				
Contraception orale (nouvelles générations)	-	75 €/an/bénéficiaire	125 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire
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) (8)	-	500 €	500 €	1 000 €

Les garanties

Prestations en vigueur à compter du 01/01/2021. 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 1€ 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.

(1) : L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (1), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, par année civile.

(2) : 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 de 20% de la BR pour un total maximum de 200% BR.

(3) : 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 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.

(4) : 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 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).

(5) : 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 de vente 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 L.165-1 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".

(6) : 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 L.165-1 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.

(7) : 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.

(8) : A partir de 5 ans d'ancienneté.

(9) : 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.

Les garanties

ASSISTANCE & SERVICES

ASSISTANCE ET SERVICES	
ASSISTANCE (voir notice spécifique)	Inclus dans votre contrat
Proxime & moi: accompagnement par téléphone au 09 69 39 09 23 et sur proximeetmoi.fr	Inclus dans votre contrat
MédecinDirect: télé-médecine 24h/24 et 7j/7 au 09 74 59 51 10 ou sur medecin-direct.fr et appli mobile	Inclus dans votre contrat
Ascelliance Retraite : 04 72 69 89 09 ou ascelliance-retraite.fr	Inclus dans votre contrat
Club Avantages	Inclus dans votre contrat
Tiers payant	Inclus dans votre contrat
Compte adhérent en ligne	Inclus dans votre contrat

Proxime&moi

Un service en ligne contenant des articles, des quizz et des e-learning pour répondre à des situations que vous pouvez être amené(e) à rencontrer au quotidien: prévention santé, fragilité financière, aides à domicile, logement...

Un conseiller personnel à votre écoute pour vous répondre en toute confidentialité sur ces différentes thématiques et vous accompagner auprès des dispositifs et/ou interlocuteurs les plus appropriés à votre situation.



MédecinDirect

MédecinDirect est une plateforme de consultation médicale à distance.

Une réponse, un conseil, un avis, un diagnostic médical et une ordonnance si nécessaire, à portée de clic et sans se déplacer.



Ascelliance Retraite

Service gratuit pour trouver une place en maison de retraite, EHPAD ou résidence service sénior.



Mon Club-Avantages

Bénéficier de réductions sur vos loisirs, voyages et billetterie.



Un extrait de nos tarifs

Nos cotisations sont fixes pour les adhérents âgés de 0 à 20 ans, puis calculées âge par âge jusqu'à 80 ans (au-delà la cotisation ne varie plus du fait de l'âge).

Composition familiale	MA SANTÉ SECURITÉ	MA SANTÉ ESSENTIELLE	MA SANTÉ CONFORT	MA SANTÉ RENFORCÉE
Enfant de 0 à 20 ans	8,34€	13,86€	18,59€	21,85€
Personne seule 24 ans	16,39€	28,74€	39,33€	46,75€
Couple 30 ans + 1 enfant	50,52€	87,90€	120,11€	142,57€
↳ Avec la remise couple 20%	42,09€	73,10€	99,81€	118,43€
Personne seule 35 ans + 1 enfant	33,11€	57,19€	78,01€	92,48€
Personne seule 41 ans	28,89€	50,18€	68,78€	81,68€
Personne seule 50 ans	34,51€	59,00€	80,72€	95,62€
Couple 55 ans	74,64€	126,30€	172,52€	204,02€
↳ Avec la remise couple 20%	59,71€	101,04€	138,02€	163,22€
Personne seule 62 ans	40,90€	68,05€	92,70€	109,33€
Couple 65 ans	84,61€	139,66€	189,98€	223,76€
↳ Avec la remise couple 20%	67,69€	111,73€	151,99€	179,01€
Personne seule 68 ans	43,63€	71,41€	97,00€	114,08€
Couple 72 ans	90,56€	146,44€	198,48€	232,94€
↳ Avec la remise couple 20%	72,45€	117,15€	158,79€	186,35€
Personne seule 80 ans ou plus	56,92€	88,03€	118,33€	137,75€

Afin d'aider financièrement nos adhérents, une remise de 20% est accordée sur le montant de la cotisation des deux membres des couples (mariés, pacsés ou concubins) et pour les familles gratuite de la cotisation à partir du 3ème enfant.

Les tarifs présentés correspondent à la cotisation mensuelle et sont valables pour l'année 2021.



La réforme du 100% santé



Objectif : améliorer l'accès aux soins dans les domaines des lunettes, des soins dentaires prothétiques et des aides auditives et ceci sans reste à charge après remboursement de l'assurance maladie et des organismes complémentaires.

Comment : création de 3 paniers de soins dont les tarifs sont plafonnés, le remboursement de l'assurance maladie est augmenté et la complémentaire santé (pour les contrats dits responsables) a obligation de prendre en charge à hauteur de ces plafonds.

Les professionnels de santé devront systématiquement proposer les paniers 100% santé dans leur devis.

Mise en place : progressive jusqu'au 1^{er} janvier 2021, avec dès le 1^{er} janvier 2020 pour les lunettes et soins dentaires prothétiques (couronnes et bridges), pour être complétée au 1^{er} janvier 2021 des aides auditives et des autres prothèses pour le dentaire.

L'ensemble des autres postes de soins tels que l'hospitalisation, les consultations ne sont pas concernés par la réforme du 100% santé.

Il existera encore des prestations non prises en charge et des dépassements d'honoraires également sur les 3 domaines concernés par le 100% santé.

A retenir : seuls les assurés disposant d'une complémentaire santé dite responsable pourront bénéficier de la prise en charge du panier de soins du 100% santé.

Il sera toujours indispensable d'avoir un contrat adapté à vos besoins.

Nos offres intègrent cette réforme et répondent également aux offres à tarif libre.

Notre contrat d'entrée de gamme « non responsable » a toute sa raison d'être, car il répond aux populations qui ont des besoins limités en optique, dentaire et audioprothèse.



Un contrat social qui bénéficie aux plus démunis

Mutualp a décidé de participer au dispositif Complémentaire santé solidaire (CSS).

La santé de tous est notre priorité et Mutualp soutient également les habitants disposant de faibles revenus au travers de son offre Proxime Santé destinée aux bénéficiaires de la CSS (Complémentaire santé solidaire).

Cette offre est distincte de l'offre mutuelle solidaire et citoyenne.

La CSS entrée en vigueur au 1^{er} novembre 2019 est un dispositif, qui remplace ceux de la CMU-C et de l'ACS, réservé aux personnes ne dépassant pas certains plafonds de ressources.

La Complémentaire santé solidaire est gratuite pour les personnes ayant des ressources ne dépassant pas les plafonds de l'ex CMU-C.

Pour les personnes ayant des ressources situées entre les plafonds de l'ex CMU-C et ces plafonds majorés de 35%, la Complémentaire santé solidaire donne lieu à une participation financière maîtrisée. Celle-ci est variable en fonction de l'âge (de 8€/mois pour un assuré âgé de moins de 30 ans à 30€/mois pour un assuré de 70 ans et plus).

Qu'elle soit gratuite, ou assujettie à contribution, la CSS propose une seule couverture santé large et de qualité, plus couvrante que celle de l'ex CMU-C et ACS. En effet, les garanties « optique », « dentaire » et « prothèses auditives » sont améliorées des paniers de soins du dispositif 100% santé.

Pour en bénéficier, vous devrez simplement choisir votre organisme gestionnaire entre l'assurance maladie obligatoire ou un organisme complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance ou entreprise régie par le Code des assurances) qui propose la Complémentaire santé solidaire (liste figurant sur le site du Fonds de la Complémentaire santé solidaire) et, s'il y a lieu, payer votre participation financière auprès de ce dernier.





Un contrat social qui bénéficie aux plus démunis

Les points forts de l'offre :

- Le tiers-payant national gratuit pour éviter toute avance d'argent,
- Une solution santé sans aucune limite d'âge, sans questionnaire de santé,
- Le choix entre soit l'assurance maladie obligatoire soit un organisme complémentaire inscrit sur la liste gérée par le Fonds CMU-C, et payer votre participation financière auprès de lui,
- Le remboursement des soins essentiels : médecin traitant, soins dentaires, hospitalisation...
- Une prise en charge renforcée en matière d'optique et dentaire qui comprend les prestations du panier de soins 100% santé.





Mise en place de la mutuelle



La mise en place technique

Elle est formalisée par la signature d'une convention de partenariat entre la commune et Mutualp. Cette convention officialise la collaboration entre la commune et Mutualp afin de permettre l'accès aux habitants et salariés des entreprises de la commune à la Mutuelle Communale proposée par Mutualp.

La mise en place opérationnelle

La mise en place d'une mutuelle communale est un acte politique et social qui, constitue un message fort envoyé à vos administrés. Grâce à l'effet de groupe et à des tarifs négociés, la municipalité permet à ses administrés d'économiser sur le prix de leur complémentaire santé tout en gardant un niveau de garanties satisfaisant ce qui leur permet d'augmenter leur pouvoir d'achat.

De ce fait, c'est en grande partie de l'implication de la commune que va dépendre la réussite du contrat administrés. En effet pour que le contrat administrés profite au plus grand nombre, il appartient à la commune de diffuser l'information le plus largement possible auprès de ses administrés.

Nous avons listé quelques supports de communication efficaces.

Le journal de la ville - bulletin municipal – newsletter :

Il est le lien privilégié entre la municipalité et les habitants. Il peut présenter le dispositif, annoncer une réunion publique, reprendre les dates et horaires des permanences (dans une rubrique « pratiques » par exemple). Les périodes les plus propices pour communiquer sont les mois de septembre, octobre et novembre.

Le site internet :

Tout comme le journal de la ville, il est un lien essentiel entre la commune et les administrés. Avec l'avantage que l'information soit diffusée 24h/24 et 7jours/7. Nous vous conseillons de faire apparaître l'information sur la page d'accueil de votre site dans les premières semaines de la mise en place puis dans une rubrique sociale ou « infos pratiques » ou encore une page dédiée si possible.

La réunion publique d'informations :

La réunion publique d'informations est un moment important pour la mise en place d'un contrat administrés. Elle permet de mesurer l'intérêt porté au projet.

La date et lieu pour la tenue de cette réunion d'informations pourra se faire en totale concertation avec les services municipaux concernés. Les équipes de la mutuelle sauront se rendre disponible pour tenir cette réunion dans les délais impartis. Généralement organisée dans des salles des fêtes pour leurs capacités d'accueil. Voici le déroulé type de la réunion :

- Monsieur ou Madame le Maire procède à l'introduction puis – s'il est présent – le Président de la mutuelle Mutualp prend la parole. Enfin un délégué de la mutuelle Mutualp, ainsi que le partenaire référent chargé de tenir les permanences, présente le dispositif santé, les garanties, les avantages et les modalités pratiques.
- Si la commune en exprime la volonté le Président de la mutuelle Mutualp, Monsieur Pierre Wolff, peut être présent afin de procéder à la signature officielle de la convention de partenariat entre la ville et la mutuelle Mutualp.
- S'en suit un moment dédié aux questions des administrés présents, auxquelles les intervenants de la mutuelle répondront.

La réunion d'informations auprès des acteurs sociaux :

La commune dispose d'acteurs sociaux qui œuvrent quotidiennement auprès des personnes les plus fragiles. La mutuelle Mutualp n'a pas vocation à se substituer à ces acteurs (nous en serions bien incapables) mais à leur fournir un outil social complémentaire. Nous recommandons de réserver la primeur de la présentation du dispositif social et de son contenu aux travailleurs sociaux de la commune.

Le flyer d'informations :

A chaque mise en place d'un contrat administrés, nous concevons des flyers personnalisés. Les flyers d'informations sont fournis par la mutuelle Mutualp et validés avec les services compétents de la municipalité. Dans les flyers figurent les avantages du dispositif et les informations pratiques.

Points techniques, pour la réalisation des flyers, il faudra nous fournir :

- Le lieu précis de la salle accueillant la réunion publique
- Sa dénomination
- Le jour
- L'heure de la réunion publique

La distribution des flyers quant à elle sera à la charge de la commune.



L'affichage sur les panneaux de la ville :

Dans le cas où la commune dispose de panneaux d'affichage elle peut communiquer par affichage pour informer du nouveau dispositif social, communiquer les dates de la réunion publique ou des permanences assurées par la mutuelle Mutualp. Les affiches d'informations sont conçues et fabriquées par la commune. La période la plus propice se situe entre le 15 septembre et le 25 octobre.

L'intervention du maire dans la presse locale :

Lors de la mise en place du partenariat avec la mutuelle Mutualp, Mr ou Mme le Maire peut décider d'organiser une conférence de presse sur le sujet ou de diffuser un communiqué de presse.

La présence à la journée des associations :

Dans de nombreuses communes, il est fréquent, qu'au début du mois de septembre, une journée regroupant toutes les associations sportives et culturelles soit organisée. Un stand sera prévu pour la mutuelle Mutualp afin que ses délégués puissent informer les administrés et les associations du dispositif social mis en place par la commune.



Après la signature de la convention

En concertation avec les élus de la ville, la mutuelle Mutualp pourrait être en mesure d'assurer une permanence (fréquence et durée à définir) dans les quartiers de la commune.

Au cours de ces permanences, les habitants pourront obtenir renseignements, conseils sur les garanties mises en place dans le cadre de cet appel à partenariat.

Nos conseillers spécialistes de la mutuelle pourront accompagner les prospects dans leurs réflexions. En effet, une étude des besoins est réalisée pour chaque personne sollicitant la mutuelle. Etude de besoins effectuée selon les habitudes, fréquences de consultation et prévisionnel d'intervention. Le critère budget intervient également dans cette étude. Le meilleur rapport qualité / prix défini, nous accompagnons notre futur adhérent dans les modalités de radiation avec son organisme actuel.



La convention



CONVENTION DE PARTENARIAT

ENTRE :

La mairie de....., située, représentée par, maire,

Ci-après dénommée : « la ville »

Et :

La Mutuelle Mutualp, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, ayant son siège social 144, rue Garibaldi – 69006 Lyon, immatriculée sous le numéro SIREN 950 396 911 et représentée par Monsieur Pierre WOLFF, Président,

Ci-après dénommée : « la mutuelle »

Ci-après collectivement appelées « les Parties » ou, individuellement, « une Partie ».

IL EST PREALABLEMENT EXPOSE CE QUI SUIIT :

Dans le cadre d'une convention de partenariat, les Parties ont décidé de collaborer afin d'initier un projet permettant aux habitants de la ville de ... d'avoir une complémentaire santé favorisée par une mutualisation durable.

En effet, la Mutuelle Mutualp, acteur régional de la protection sociale assure un service de proximité auprès de ses adhérents. Ecoute, solidarité, disponibilité et qualité de services sont ses exigences au quotidien, ainsi que la volonté de toujours proposer des offres parfaitement adaptées aux demandes des prospects et à leurs capacités financières.

IL EST CONVENU CE QUI SUIIT :

ARTICLE 1 - Objet de la présente convention

La présente convention a pour objet de définir les conditions juridiques et financières régissant les Parties dans le cadre de la mise en place d'un contrat de complémentaire santé de qualité dont les bénéficiaires sont les habitants de la ville de ..., les salariés dont les entreprises ont leur siège social dans la ville et n'étant pas couverts par un contrat collectif mais également les agents territoriaux ne bénéficiant pas de participation financière de la collectivité pour leur couverture santé.

ARTICLE 2 – Conditions d'exécution de la convention

2.1 – Engagements de la ville

2.1.1 Pour la bonne exécution de la convention, la ville s'engage, pendant toute la durée de la convention, à mettre à disposition un local pour les permanences définies d'un commun accord afin de faciliter les démarches des concitoyens.

2.1.2 Afin de permettre l'accès aux soins, le CCAS ou la structure compétente pourra orienter vers la mutuelle, les habitants qui, pour des raisons financières, renoncent à souscrire un contrat de complémentaire santé.

2.1.3 Enfin, dans le cadre de la promotion du dispositif, la ville pourra communiquer ce partenariat sur tous les supports adaptés (sites internet, panneaux, journaux, etc...).

2.2- Engagements de la mutuelle

2.2.1 La mutuelle s'engage à respecter « l'ambition sociale » et l'éthique du projet. Elle s'engage, dès lors, à être un partenaire du projet global et pas uniquement un prestataire. Elle participe à l'évaluation et à la fourniture des données nécessaires à l'étude des contrats souscrits, sous couvert de l'anonymat. Cette évaluation permettra notamment de prendre une décision sur l'intérêt ou non de la reconduction de la convention.

2.2.2 Chaque année, la mutuelle présente les résultats quantitatifs et qualitatifs à la ville.

2.2.3 La mutuelle s'engage à tenir une permanence selon une fréquence définie d'un commun accord avec les services compétents de la ville.

2.2.4 La mutuelle veillera à honorer les rendez-vous pris par les habitants pour l'exécution et le suivi de leur contrat de complémentaire santé.

2.2.5 La mutuelle veillera à aborder les capacités financières avec le souscripteur et l'orientera le cas échéant vers les services compétents du CCAS. Pour cela, la mutuelle s'engage à travailler en étroite collaboration avec les services du CCAS de la ville.



ARTICLE 3 - Rémunération

La présente convention de partenariat a été signée à des fins purement sociales et solidaires.

Dès lors, aucune rémunération (ou avantages) de quelque nature que ce soit ne sera perçue par le CCAS, la ville ou la mutuelle.

ARTICLE 4 - Communication

L'ensemble des supports de communication mis en place par la ville seront pris en charge par principe par la ville elle-même.

La mutuelle pourra être amenée à participer au coût de certains supports de communication. Un devis devra alors lui être soumis au préalable pour acceptation.

La présence du nom de la mutuelle fera l'objet d'une validation par la mutuelle avant impression, mise en ligne ou diffusion quel que soit le média.

ARTICLE 5 - Assurances et code du travail

Le salarié de la mutuelle restera, durant son temps de présence lors des permanences, sous la responsabilité de sa hiérarchie.

Cependant, il s'engage à respecter les règlements intérieurs des structures accueillantes ainsi que les moyens et locaux mis à disposition. La responsabilité de la mairie ne pourra être engagée.

ARTICLE 6 - Durée et renouvellement de la présente convention

La convention prendra effet le jour de sa signature par les deux Parties et se terminera le

Elle se renouvellera ensuite par tacite reconduction pour une durée d'un an au 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, envoyée par courrier recommandé à l'autre partie respectant un délai de préavis de trois mois.

ARTICLE 7 - Résiliation

En cas d'inexécution de l'une des obligations prévues par la présente convention, elle sera résiliée de plein droit après mise en demeure adressée par lettre recommandée avec accusé de réception par l'une des parties à l'autre partie et restée sans réponse pendant un délai de 15 jours.

Article 8- Nullité

Si l'une des quelconque stipulations de la convention s'avérait nulle au regard d'une règle de droit en vigueur, elle serait alors réputée non écrite, sans pour autant entraîner la nullité des contrats souscrits par les adhérents.

ARTICLE 9 – Litige- Attribution de compétence

La présente convention est régie par le droit français.

En cas de litige s'élevant en relation avec l'exécution de la présente convention, les Parties s'obligent à une phase préliminaire de conciliation pendant une période d'un mois.

A défaut d'accord amiable, tout litige concernant l'interprétation et/ou l'exécution de la présente convention sera présenté au Tribunal administratif de Lyon.

Article 10 : Modification du contrat

Les modifications de la présente convention ne pourront se faire que par voie d'avenant signé par chacune des parties.

Fait à, le

En deux exemplaires originaux, dont un pour chacune des Parties.

Pour la ville de
Représentée par
Le maire
Signature (avec mention lu et approuvé)

Pour la mutuelle Mutualp
Représentée par Monsieur Pierre WOLFF
Le Président
Signature (avec mention lu et approuvé)



MA MUTUELLE SANTE COMMUNALE

Gilles FALCONNET

06 16 24 92 28

mutualp-communales@mutualp.fr

MUTUALP - Siège : 144 rue Garibaldi 69006 LYON - Tél : 04 37 91 38 48 - SIREN : 950 396 911
Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité