

# COTISATIONS

Cotisations mensuelles  
individuelles

Option 1

Option 2

Moins de 60 ans

28€

36€

Plus de 60 ans

46€

65€

Les bénéficiaires de l'article L.212-1 étant exonérés du paiement du ticket modérateur, le service de tiers payant n'est pas adapté à nos garanties. Pour vous simplifier au maximum la mutuelle vous profitez :

- de la télétransmission automatisée de vos dépenses de santé entre votre régime obligatoire et la mutuelle ;
- de la possibilité de paiement direct par la mutuelle aux professionnels de santé de vos dépenses d'hospitalisation, optique, dentaire ou acoustique (sur demande préalable de prise en charge).

## OFFERT

La mutuelle vous offre une assistance 20h  
en cas d'hospitalisation.

Pour en savoir plus, contactez-nous  
24h/24h 7j/7j au: 05 49 34 82 42.

Des services personnalisés  
et de haute qualité

### Télétransmission automatisée

La télétransmission de vos dépenses de santé entre votre régime obligatoire et la mutuelle est automatisée.

### Possibilité de paiement direct par la mutuelle aux professionnels de santé

Vous avez la possibilité de mettre en place le paiement direct par la mutuelle aux professionnels de santé de vos dépenses d'hospitalisation, optique, dentaire ou acoustique sur demande préalable de prise en charge.

### Un accueil téléphonique humain et personnalisé

situé en France. Chaque appel est pris en charge par un conseiller dédié, garantissant un suivi adapté à vos besoins. Pour en savoir plus, contactez le 01 43 87 43 65.

### Garantie conforme au contrat responsable.

### Espace sécurisé en ligne

Accédez facilement à vos remboursements, cotisations et données administratives via un espace personnel protégé.

# UNE MUTUELLE POUR TOUS



- Accessible à tous, sans limite d'âge
- Aucune exigence de questionnaire médical
- Aucun droit d'entrée requis
- Sans délai de carence,  
avec prise en charge immédiate

## Entraide • Solidarité • Conseil

Des valeurs à partager:  
terre-fraternité.fr asafrance.fr



5, rue du Havre 75008 Paris

☎ 01 43 87 43 65

contact@mutuelle-combattant.com

🌐 [mutuelle-combattant.com](http://mutuelle-combattant.com)

Bureaux ouverts du Lundi au Vendredi  
De 9h à 12h et de 13h à 17h

SIREN : 784 360 661 - Organisme substitué auprès de la MIE

# Mutuelle santé ouverte à tous !

**INCLUS**  
Une assistance  
20h incluse en cas  
d'hospitalisation.  
Renseignements  
à l'intérieur

**CONTRAT  
RESPONSABLE**



Complémentaire santé pour pensionnés militaires  
d'invalidité au titre de l'article L.212-1

**GARANTIE + Art. L212-1**  
Prestations & Cotisations 2026



5, rue du Havre 75008 Paris

☎ 01 43 87 43 65

contact@mutuelle-combattant.com

🌐 [mutuelle-combattant.com](http://mutuelle-combattant.com)

Nos prestations pour le régime général

Soins courants

Honoraires consultations Généralistes et Spécialistes
Actes Techniques Médicaux y compris franchise
Imagerie médicale
Analyses et examens de laboratoire
Honoraires paramédicaux (Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues)
Médicaments pris en charge par la sécurité sociale
Consultation psychologue. Dispositif MonPsy, remboursé par la Sécurité sociale sur prescription médicale - Choix d'un psychologue partenaire de l'annuaire MonPsy

Médecines alternatives

Chiropractie / Ostéopathie / Diététique (4 x an) (3)
Pédicurie / Podologie / Acupuncture (sans prise en charge)

Hospitalisation: Médecine, Chirurgie, Odontologie, Psychiatrie, Maison de repos, Maternité

Honoraires médecins (exonération de la franchise pour les actes techniques > 120€ pour les bénéficiaires de l'article L212-1)
Forfait Patient Urgence (Exonération du FPU pour les bénéficiaires de l'article L. 212-1)
Forfait Journalier Hospitalier (Exonération du FJH pour les bénéficiaires de l'article L. 212-1)
Chambre particulière

Dentaire

Panier 100% «reste à charge zéro»: soins et prothèses (100%santé)
Soins dentaires hors 100% santé avec remboursement Sécurité Sociale
Prothèses dentaires autres que «100% santé» avec remboursement Sécurité Sociale
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale
Orthodontie refusée par la sécurité sociale
Implantologie et prothèse refusées par la Sécurité Sociale

Optique (4 et 5)

Classe A Panier «reste à charge zéro» monture + verres (100%santé)
Classe B Panier «tarifs libres» (5)
Lentilles et implants intra-oculaires acceptés par la Sécurité Sociale

Aides auditives (6)

Equipelement de classe 1 «100% santé»
Equipelement de classe 2 «tarif Libre»
Accessoires (piles...)

Petit et grand appareillage pris en charge par la Sécurité Sociale

Cure thermale acceptée par la sécurité sociale

Transport et Hébergement (sur présentation des justificatifs des frais réels)
---

Actes de prévention

Actes de prévention pris en charge par la Sécurité Sociale
Actes de prévention non pris en charge par la Sécurité Sociale :
Sevrage tabagique (7)
Vaccins non pris en charge par la Sécurité Sociale (7)
Examens bucco-dentaire M'T Dents (tous les ans - dès 3 ans et jusqu'à 24 ans).

Divers

Assistance à domicile	-
-----------------------	---

Option 1\*

Si OPTAM (1) 195% sinon 175%
Si OPTAM (1) 130% sinon 110%
Si OPTAM (1) 130% sinon 110%
100%
100%
100%
100%

/
30€ par acte (max 250€/an)

Si OPTAM et OPTAM-CO (1) 130% sinon 110%
Frais réels (2)
Frais réels (2)
40€ par jour Maxi 30 jours par an

Frais réels (2)
100%
100%+305€/an
100%
305€/an
/

Frais réels (2)
100% +200€ dont monture max. 100€
100%

Frais réels (2)
100% +305€/an pour les deux oreilles
100%
100% +305€/an

100% +100€/an
---------------

100%
30€/an
30€/an
100%

OUI
-----

Option 2\*

Si OPTAM (1) 245% sinon 200%
Si OPTAM (1) 210% sinon 190%
Si OPTAM (1) 210% sinon 190%
100%
100%
100%
100%

25 € par acte 4 fois par an
40€ par acte (max 300€/an)

Si OPTAM et OPTAM-CO (1) 210% sinon 130%
Frais réels (2)
Frais réels (2)
40€ par jour Maxi 30 jours par an

Frais réels (2)
100%
100%+450€/an
100%
450€/an
800€/an

Frais réels (2)
100% +250€ dont monture max. 100€
100%

Frais réels (2)
100% +450€/an pour les deux oreilles
100%
100%+450€/an

100% +200€/an
---------------

100%
50€/an
50€/an
100%

OUI
-----

\* Tous les pourcentages indiqués s'entendent en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS). Le remboursement total comprend: la part Sécurité Sociale + la part Mutuelle, dans la limite des frais engagés."

(1) OPTAM: Option Pratique Tarifaire Maîtrisée et OPTAM-CO: Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et obstétriciens. Les médecins adhérents à ces options se sont engagés à limiter leurs dépassements d'honoraires. Les médecins non adhérents à ces options ne peuvent être remboursés à plus de 200% de la base de remboursement de la sécurité sociale dans le cadre du contrat responsable, régime obligatoire inclus. (2) Frais réels : Tels que définis réglementairement. Les soins et prothèses dentaires 100% santé ainsi que les équipements d'optique médicale 100% santé et les aides auditives 100% santé sont remboursés intégralement dans la limite des prix limites de vente ou honoraires limites de ventes fixées par arrêté. Si le professionnel de santé dépasse ces prix ou honoraires limites de vente, les montants dépassant les prix ou honoraires limites de vente restent à votre charge. Prise en charge sécurité sociale et mutuelle limitée à 1700€ par aide auditive. (3) Si professionnel diplômé selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur et inscrit au registre officiel de leur profession - ex : ADEL, RNE...). (4) le remboursement est annuel pour les assurés jusqu'à 16 ans et par période de 24 mois pour les plus de 16 ans sauf changement de la vision : remboursement annuel dans ce cas l'évolution de la vue peut être constatée par prescription médicale ou par un opticien. La période de 24 mois est calculée à compter de la date d'acquisition de l'équipement. (5) les équipements mixtes comprenant des verres ou montures 100% santé et des verres ou montures à tarifs libres sont remboursés intégralement pour les parties d'équipement relevant du 100% santé (dans la limite du prix de vente) et dans le cadre du forfait correspondant pour les équipements relevant du tarif libre déduction faite du coût de la partie de l'équipement 100% santé. Les équipements à tarifs libres comprenant des verres de type différent font l'objet d'un remboursement calculé selon la formule : ( remboursement équipement verres de type A+ remboursement équipement verres de type B)/2. (6) Limite à un équipement par oreille tous les 4 ans à compter de la date du dernier achat d'équipement en tenant compte des 4 années antérieures. (7) Prescrit et inscrit au Vidal consultable sur internet.

Ce document n'est pas contractuel