

## COTISATIONS

Cotisations mensuelles individuelles **Option 1** **Option 2**

**Moins de 60 ans :** 25,70 € 33,20 €

**Plus de 60 ans :** 36,90 € 52,70 €

Complémentaire santé pour les pensionnés militaires d'invalidité au titre de l'article L212-1. les bénéficiaires de l'article L212-1 étant exonérés du Ticket Modérateur, le service tiers payant n'est pas adapté à cette garantie.

Télétransmission automatisée de vos dépenses de santé entre votre régime obligatoire et la mutuelle.

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.

Un accueil téléphonique personnalisé, situé en France.

Garantie conforme au nouveau contrat responsable.

- > **SANS** limite d'âge
- > **SANS** questionnaire médical
- > **SANS** droit d'entrée
- > **SANS** délai de carence

### Des Valeurs à partager



www.terre-fraternité.fr



www.asafrance.fr



www.entraide-defense.fr

### MUTUELLE DU MONDE COMBATTANT

5, rue du Havre - 75008 PARIS

Tel : 01 43 87 43 65

Fax : 01 44 70 90 65

contact@mutuelle-combattant.com

www.mutuelle-combattant.com

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

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

**MUTUELLE DU MONDE COMBATTANT**

5, rue du Havre 75008 PARIS

01 43 87 43 65

contact@mutuelle-combattant.com

<b>SOINS COURANTS</b>			
Honoraires consultations Généralistes et Spécialistes	100 % BRSS*	Si OPTAM <sup>(1)</sup> 95 % sinon 75 % BRSS*	Si OPTAM <sup>(1)</sup> 145 % sinon 100 % BRSS*
Actes Techniques Médicaux	100 % BRSS*	Si OPTAM <sup>(1)</sup> 30 % sinon 10 % BRSS*	Si OPTAM <sup>(1)</sup> 110 % sinon 90 % BRSS*
Imagerie médicale	100 % BRSS*	Si OPTAM <sup>(1)</sup> 30 % sinon 10 % BRSS*	Si OPTAM <sup>(1)</sup> 110 % sinon 90 % BRSS*
Analyses et examens de laboratoire	100 % BRSS*	/	/
Honoraires paramédicaux	100 % BRSS*	/	/
Médicaments pris en charge par la sécurité sociale	100 % BRSS*	/	/
<b>MEDECINES ALTERNATIVES</b>			
Chiropractie / Ostéopathie / Diététique (4 x an) (3)	/	/	25 € par acte
Pédicurie / Podologie / Acupuncture (sans prise en charge sécurité sociale)	/	30 € par acte (max. 250 € / an)	40 € par acte (max. 300 € / an)
<b>HOSPITALISATION</b> <i>Médecine, chirurgie, odontologie, psychiatrie, maison de repos faisant suite à une hospitalisation</i>			
Honoraires médecins (Y compris franchise facturée pour les actes ≥ à 102 €, exonération pour les bénéficiaires de l'article L212-1)	100 % BRSS*	Si OPTAM <sup>(1)</sup> 30 % sinon 10 % BRSS*	Si OPTAM <sup>(1)</sup> 110% sinon 30 % BRSS*
Forfait Patient Urgence (Exonération du FPU pour les bénéficiaires de l'article L212-1)	/	Frais réels <sup>(2)</sup>	Frais réels <sup>(2)</sup>
Forfait Journalier Hospitalier (Exonération du FJH pour les bénéficiaires de l'article L212-1)	/	Frais réels <sup>(2)</sup>	Frais réels <sup>(2)</sup>
Chambre particulière maxi 30 jours / an	/	40 € / jour	40 € / jour
<b>DENTAIRE</b>			
Soins et prothèses « 100 % santé »	SANS RAC**	Frais réels <sup>(2)</sup>	Frais réels <sup>(2)</sup>
Soins dentaires hors «100 % santé »	100 % BRSS*	/	/
Prothèses dentaires autres que «100 % santé »	100 % BRSS*	305 € / an	450 € / an
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	100 % BRSS*	/	/
Orthodontie refusée par la sécurité sociale	/	305 € / an	450 € / an
Implantologie refusée par la sécurité sociale	/	/	800 € / an
<b>OPTIQUE</b> <sup>(4)</sup>			
Equipement de classe A « 100 % santé » monture + verres	SANS RAC**	Frais réels <sup>(2)</sup>	Frais réels <sup>(2)</sup>
Equipement de classe B (5) monture +verres	100 % BRSS*	200 € dont monture max.100 €	250 € dont monture max. 100 €
<b>AIDES AUDITIVES</b>			
Equipement de classe I « 100 % santé »	SANS RAC**	Frais réels <sup>(2)</sup>	Frais réels <sup>(2)</sup>
Equipement de classe II « tarifs libres » (6)	100 % BRSS*	305 € / an	450 € / an
Accessoires (Piles...)	100 % BRSS*	/	/
<b>PETIT ET GRAND APPAREILLAGE</b>			
	100 % BRSS*	305 € / an	450 € / an
<b>CURE THERMALE</b> <i>prise en charge par la Sécurité Sociale</i>			
Transport et Hébergement (sur présentation des justificatifs des frais réels)	/	100 € / an	200 € / an
<b>ACTES DE PRÉVENTION</b>			
Sevrage tabagique (7)	/	30 € / an	50 € / an
Vaccins non pris en charge par la Sécurité Sociale (7)	/	30 € / an	50 € / an

Les pourcentages sont calculés à partir du taux pris en charge par la Sécurité Sociale. Pour connaître le pourcentage total, il faut additionner la part Sécurité Sociale et la garantie choisie.

(1) OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. 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 SS 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 ventes 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 : ADELI, 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.

(6) 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.

(7) 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.

\* BRSS = Base de remboursement sécurité sociale \*\* RAC = Reste à charge *Plaquette non contractuelle*