

# LA MUTUELLE POUR TOUS

**CATHERINE CAILLIEREZ**  
**Conseillère Mutualiste**  
**caconseils@outlook.com**

**06 86 65 53 32**

**ORIAS 16005276 [www.orias.fr](http://www.orias.fr)**

**78 rue JEAN LEBAS**  
**59165 AUBERCHICOURT**  
**Tel : 09.75.20.55.51**

**5 rue FAIDHERBE**  
**62580 VIMY**  
**Tel : 03 21 73 10 75**



**Association  
Mandarine**



<b>Rappel des principaux tarifs CPAM</b>	<b>Montant</b>	<b>Taux Rbt RO</b>
Consultation Médecin généraliste	: 25 €	70%
Consultation Médecin spécialiste	: 23€	70%
Visite de jour Médecin spécialiste	: 28€	70%
Visite de nuit généraliste	: 38,50€	70%
<b>Optique</b>		
Monture	: 2,84€	60%
Verre blanc simple foyer	: 2,29€	60%
Verre blanc multifocal ou progressif	: 24,54€	60%
Lentilles par œil une fois par an	: 39,48€	60%
<b>Prothèse auditive (+ 20 ans)</b>		
Toutes classes de l'appareil	: 199,71€	60%
<b>Prothèses dentaires</b>		
Couronne	: 107,50€	70%
Appareil dentaire (1 à 3 dents)	: 64,50€	70%
Appareil dentaire complet (14 dents)	: 182,50€	70%
Bridge de 3 éléments	: 279,50€	70%

## GAMME COMMUNALE

PRESTATIONS	COMMU1	COMMU PLUS	COMMU 2	COMMU 3
<b>Remboursement SMATIS +Remboursement RO (en % de la BR Euros ou PMSS)</b>				
<b>HOSPITALISATION**</b>				
Honoraires médicaux et chirurgicaux. (Signataires DPTAM)	100%	150%	200%	250%
Honoraires médicaux et chirurgicaux. (Non-Signataires DPTAM)	100%	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%
Forfait hospitalier illimité (exclu en établissements EHPAD et MAS)	100% FR	100%FR	100%FR	100%FR
Chambre particulière, hors ambulatoire, par jour (1) limité à 30jours par hospitalisation	15€	50€	50€	70€
Frais d'accompagnement par jour (enfant et adulte) limité à 20 jours par hospitalisation	8€	10€	15€	15€
Frais de location de TV (par jour limité à 36 jours par hospitalisation)	2€	2€	2€	2€
Participation forfaitaire pour les actes dont le tarif est égal ou supérieure à 120 €	oui	oui	oui	oui
<b>BIEN-ÊTRE / MEDECINES DOUCES</b>				
Chiropracteur, Ostéopathe, Homéopathe, Diététicien, Acupuncteur, Pédicure, Podologue, Etiopathie, (praticiens diplômés) par séance	20€	25€	30€	40€
Limite annuelle et par bénéficiaire	Max 4 /an	Max 4 /an	Max 4 /an	Max 4 /an
Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO (par acte)	23€	23€	23€	23€
Pilule sur prescription médicale non prise en charge par le RO (par an et par bénéficiaire)	50€	50€	50€	50€
Vaccin sur prescription médicale non pris en charge par le RO (par an et par bénéficiaire)	20€	20€	20€	20€
Traitements nicotiniques de substitution pris en charge par le RO	100%	100%	100%	100%
<b>PHARMACIE</b>				
Médicaments et vaccins pris en charge par le RO	100%	100%	100%	100%
Fournitures et accessoires pris en charge par le RO	100%	100%	100%	100%
Pharmacie non remboursée par le RO sur prescription (par an par bénéficiaire)	30€	30€	30€	30€

## GAMME COMMUNALE

PRESTATIONS	COMMU1	COMMU PLUS	COMMU 2	COMMU 3
<b>Remboursement SMATIS + Remboursement RO (en % de la BR Euros ou PMSS)</b>				
<b>SOINS COURANTS CONVENTIONNES-NON CONVENTIONNES BR**</b>				
Généralistes (Signataires ou non Signataires DPTAM)	100%	100%	100%	100%
Spécialistes (Signataires DPTAM)	100%	130%	130%	200%
<i>Spécialistes (Non-Signataires DPTAM)</i>	100%	110%	110%	180%
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (Signataires DPTAM)	100%	130%	130%	170%
<i>Actes techniques médicaux et chirurgicaux non Signataires DPTAM</i>	100%	110%	110%	150%
Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthophonistes	100%	110%€	130%	160%
Frais d'analyse et de laboratoire (Signataires ou non Signataires DPTAM)	100%	100%	100%	100%
Radiologie- Echographie (Signataires DPTAM)	100%	100%	130%	130%
Radiologie- Echographie (Non Signataires DPTAM)	100%	100%	110%	110%
<i>Participation forfaitaire pour les actes dont le tarif est égal ou supérieure à 120 €</i>	oui	oui	oui	oui
<b>ART DENTAIRE</b>				
Soins dentaires	100%	100%	100%	100%
Prothèses dentaires (par prothèse), y compris couronne sur implant	70%+125 €	70%+185 €	70%+220 €	70%+320 €
Parodontologie	100%	100%	100%	100%
Appareil stellite	70%+140 €	70%+220 €	70%+280 €	70%+380 €
Bridge dentaire	70%+280 €	70%+450 €	70%+560 €	70%+760 €
Orthodontie à 100%/semestre	100%+100€	100%+150 €	100%+200 €	100%+350 €
Plafond pour l'ensemble des forfaits <i>« Prothèses dentaires, bridge dentaire, appareil stellite » par an et par bénéficiaire, au-delà prise en charge du ticket modérateur</i>	1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 500 €
<b>(2) FORFAIT OPTIQUE / 2 ANS / PERSONNE</b>				
Monture	50 €	70 €	80 €	100 €
Verres unifocaux (correction faible/forte), par verre	50€/75€/verre	65€/verre	70€/verre	70€/verre
<b>Soit équipement optique complet unifocaux</b>	<b>150 € / 200 €</b>	<b>200 €</b>	<b>220 €</b>	<b>240 €</b>
Verres multifocaux (correction faible/forte), par verre	80€/verre	90€/verre	100€/verre	150€/verre
<b>Soit équipement optique complet multifocaux</b>	<b>210 €</b>	<b>250 €</b>	<b>280 €</b>	<b>400 €</b>
<b>Bonus optique</b> si non consommation 1 an après les 2 ans obligatoires	<b>50 €</b>	<b>50 €</b>	<b>50 €</b>	<b>50 €</b>
<b>Bonus optique</b> si non consommation 2 ans après les 2 ans obligatoires	<b>100 €</b>	<b>100 €</b>	<b>100 €</b>	<b>100 €</b>
Lentilles acceptées, refusées ou jetables ( par an)	60%+100 €	60%+100 €	60%+150 €	60%+200 €

## GAMME COMMUNALE

PRESTATIONS	COMMU1	COMMU PLUS	COMMU 2	COMMU 3
<b>Remboursement SMATIS + Remboursement RO (en % de la BR Euros ou PMSS)</b>				
<b>APPAREILLAGES</b>				
Prothèse médicales-Orthèses, divers appareillage	100%	100%	150%	200%
Prothèses auditives (Forfait par an et par bénéficiaire)	100%	100%+100 €	100%+200 €	100%+400 €
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>				
Frais de transports pris en charge par le RO	100%	100%	100%	100%
Honoraires médicaux Cures Thermales	100%	100%	100%	100%
Forfait maternité-adoption	100 €	150 €	200 €	250 €
<b>SERVICES</b>				
Tiers-payant généralisé /Réseau Itélis /Liaison Noémie /Assistance/Téléconsultation	<b>INCLUS</b>			
<b>ACTE DE PREVENTION (conformément à l'arrêté ministériel du 08/06/06)</b>				
Dans le cadre du contrat responsable, remboursement de l'ensemble des actes de prévention suivants au titre du poste dont il se réfère : scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans, détartrage annuel, premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de 14 ans, dépistage de l'hépatite B, vaccinations, dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans suivant l'Article L871-1 du code de la sécurité sociale.				

(1) Limitée à 30 jours par année civile en Psychiatrie et en soins de suite ou réadaptation

(2) Un équipement optique complet par bénéficiaire par période de 2 ans à compter de la dernière date de consommation sauf évolution de la prescription médicale d'un ophtalmologue et tous les ans (à compter de la dernière date de consommation) pour les moins de 18 ans. Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la garantie couvre une prise en charge des 2 équipements. (Un équipement de vision de près et un équipement de vision de loin) sur une période de 2 ans.

**RO : Régime Obligatoire BR : Base de remboursement FR : Frais Réels**

**DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée**( CAS, OPTAM, OPTAM-CO, et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires de professionnels de santé conventionnés- CAS : Contrat d'Accès aux Soins – OPTAM /OPTAM-CO : Option de pratique tarifaire maîtrisée / Option de pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale( chirurgien, ophtalmologue, oto-rhino-laryngologue, stomatologue et chirurgie orale) ou une spécialité de gynécologie obstétrique.

\*Avant application contribution forfaitaire de 1 € franchises et pénalités hors parcours de soins. Le taux de remboursement s'applique sur la base de remboursement du régime obligatoire. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité sociale, étant précisé que le régime local Alsace Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel Smatis France intervient en complément. Le remboursement Smatis France est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime obligatoire + remboursement Smatis France, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.

\*\*Hospitalisation en établissements conventionnés et non conventionnés. Prise en charge limitée au ticket modérateur en Etablissements long séjour, Etablissements spécialisés, Gastroplastie (anneaux gastriques, by pass...)

Tous les forfaits et limites s'entendent par année civile et par bénéficiaire sauf mention spécifique.

## GAMME COMMUNALE Contrat facultatif Tarifs mensuels 2019 selon l'âge de l'adhérent

Régime général	30 ans et moins	De 31 à 45 ans	De 46 à 64 ans	65 ans et +
<b>Formule COMMU 1</b>				
Adhérent seul	33.82 €	45.93 €	62.40 €	80.37 €
Adhérent + 1 enfant	57.41 €	73.41 €	96.65 €	120.49 €
Adhérent + 2 enfants	81.00 €	100.89 €	130.89 €	160.61 €
Couple	63.98 €	82.17 €	109.45 €	137.04 €
Famille	101.82 €	137.44 €	163.26 €	176.50 €
<b>Formule COMMU PLUS (Nouvelle formule – Tarifs mensuels 2019-2020 en euros)(selon l'âge de l'adhérent)</b>				
Adhérent seul	39.70 €	53.91 €	73.24 €	94.34 €
Adhérent + 1 enfant	67.39 €	86.17 €	113.45 €	141.43 €
Adhérent + 2 enfants	95.08 €	118.42 €	153.64 €	188.52 €
Couple	75.10 €	96.45 €	128.47 €	160.85 €
Famille	119.51 €	161.32 €	191.63 €	207.17 €
<b>Formule COMMU 2</b>				
Adhérent seul	43.95 €	59.75 €	81.23 €	104.68 €
Adhérent + 1 enfant	74.62 €	95.52 €	125.84 €	156.96 €
Adhérent + 2 enfants	105.29 €	131.30 €	170.44 €	209.23 €
Couple	83.31 €	107.05 €	142.62 €	178.63 €
Famille	132.56 €	179.00 €	212.68 €	229.99 €
<b>Formule COMMU 3</b>				
Adhérent seul	48.48 €	65.93 €	89.68 €	115.59 €
Adhérent + 1 enfant	82.33 €	105.41 €	138.94 €	173.32 €
Adhérent + 2 enfants	116.18 €	144.89 €	188.20 €	231.05 €
Couple	91.99 €	118.19 €	157.49 €	197.28 €
Famille	146.34 €	197.65 €	234.87 €	253.98 €

Les cotisations Assistance et Itélis sont incluses. Tarifs incluant ANPPI (0.13€ /adhérent). Cette proposition s'entend à environnement réglementaire, législatif et fiscal constant. Les garanties et tarifs du présent projet pourront être révisés afin de répondre à la nouvelle définition des contrats responsables, conformément au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014.

Le tarif Famille correspond à : 1 Couple + 1 enfant et + ou 1 Adhérent + 3 enfants et plus

PRESTATIONS	Remboursement Régime Obligatoire (en% de la BR)	Remboursement Smatis (en% de la BR)	Remboursement TOTAL (RO+Smatis)
<b>Remboursement SMATIS +Remboursement RO (en % de la BR Euros ou PMSS)</b>			
<b>HOSPITALISATION**</b>			
Honoraires médicaux et chirurgicaux. (Signataires DPTAM)	<b>80%</b>	<b>20%</b>	<b>100%</b>
Honoraires médicaux et chirurgicaux. (Non-Signataires DPTAM)	<b>80%</b>	<b>20%</b>	<b>100%</b>
Frais de séjour	<b>80%</b>	<b>20%</b>	<b>100%</b>
Participation forfaitaire pour les actes dont le tarif est égal ou supérieure à 120 €	<b>Néant</b>	<b>oui</b>	<b>oui</b>
(1) Forfait journalier hospitalier illimité	<b>Néant</b>	<b>100% FR</b>	<b>100%FR</b>
<b>PHARMACIE</b>			
Médicaments et vaccins pris en charge par le RO	<b>15%,35% ,65%</b>	<b>85% ,65%,35%</b>	<b>100%</b>
Fournitures et accessoires pris en charge par le RO	<b>60%</b>	<b>40%</b>	<b>100%</b>
Contraceptifs prescrits non pris en charge par le RO	<b>Néant</b>	<b>30€</b>	<b>30€</b>
<b>SOINS COURANTS CONVENTIONNES-NON CONVENTIONNES BR**</b>			
Généralistes (Signataires ou non Signataires DPTAM)	70%	30%	100%
Spécialistes (Signataires DPTAM)	70%	50%	120%
Spécialistes (Non-Signataires DPTAM)	70%	30%	100%
Actes techniques médicaux et chirurgicaux Signataires DPTAM	70%	30%	100%
Actes techniques médicaux et chirurgicaux non- Signataires DPTAM	70%	30%	100%
Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthophonistes	70%	30%	100%
Frais d'analyse et de laboratoire Signataires ou non Signataires DPTAM	60%	40%	100%
Radiologie- Echographie Signataires DPTAM	70%	30%	100%
Radiologie- Echographie Non-Signataires DPTAM	70%	30%	100%
Participation forfaitaire pour les actes dont le tarif est égal ou supérieure à 120 €	<b>oui</b>	<b>ou</b>	<b>oui</b>
<b>ART DENTAIRE</b>			
Soins dentaires	70%	30%	100%
Prothèses dentaires (par prothèse), y compris couronne sur implant	70%	55%	125%
Orthodontie pris en charge par le RO / semestre	100%	300€	100%300€
Plafond pour l'ensemble des forfaits « Prothèses dentaires, bridge dentaire, appareil stellite » par an et par bénéficiaire, au-delà prise en charge du ticket modérateur	700 €		
<b>(2)FORFAIT OPTIQUE / 2 ANS / PERSONNE</b>			
Monture	60 %	50 €	60 % + 50 €
Verres unifocaux (correction faible), par verre	60 %	25 €	60 % + 25€/verre

Verres unifocaux (correction forte), par verre	60 %	75 €	60 % + 75€/verre
Verres multifocaux (correction faible/forte), par verre	60 %	75 €	60 % + 75€/verre
Lentilles acceptées, refusées ou jetables ( sur prescription -3 ans))	60 % /Néant	40 % +100€	100 %+100 €
<b>APPAREILLAGES</b>			
Prothèse médicales-Orthèses, divers appareillage	60 %	40 %	100 %
Prothèses auditives (Forfait par an et par bénéficiaire)	60 %	40 %	100 %
Protection auditive	Néant	10 €	10 €
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>			
Frais de transports pris en charge par le RO	60 %	40 %	100 %
<b>SERVICES</b>			
Tiers-payant généralisé /Réseau Itélis /Liaison Noémie /Assistance/Téléconsultation	<b>Inclus</b>		
<b>ACTE DE PREVENTION (conformément à l'arrêté ministériel du 08/06/06)</b>			
Dans le cadre du contrat responsable, remboursement de l'ensemble des actes de prévention suivants au titre du poste dont il se réfère : scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans, détartrage annuel, premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de 14 ans, dépistage de l'hépatite B, vaccinations, .... Suivant l'Article L871-1 du code de la sécurité sociale.			

**AGE LIMITE DE SOUSCRIPTION : 27 ANS INCLUS**

**AU DELA DE 30 ANS, LE CONTRAT EST FERME : CHANGEMENT DE CONTRAT OBLIGATOIRE**

<b>Tarifs mensuels 2019-2020</b>	
<b>Régime général-zone1 Formule COMMU JEUNE</b>	<i>30 ans et moins</i>
Adhérent seul	<b>27.96 €</b>
Adhérent + 1 enfant	<b>49.95 €</b>
Adhérent + 2 enfants	<b>70.48 €</b>
Couple	<b>55.67 €</b>
Famille	<b>88.60 €</b>

(2) Un équipement optique complet par bénéficiaire par période de 2 ans à compter de la dernière date de consommation sauf évolution de la prescription médicale d'un ophtalmologue et tous les ans (à compter de la dernière date de consommation) pour les moins de 18 ans. Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la garantie couvre une prise en charge des 2 équipements. (Un équipement de vision de près et un équipement de vision de loin) sur une période de 2 ans. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 50€

**RO : Régime Obligatoire BR : Base de remboursement FR : Frais Réels**

**DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée** (CAS, OPTAM, OPTAM-CO, et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires de professionnels de santé conventionnés- CAS : Contrat d'Accès aux Soins – OPTAM /OPTAM-CO : Option de pratique tarifaire maîtrisée / Option de pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale( chirurgien, ophtalmologue, oto-rhino-laryngologue, stomatologue et chirurgie orale) ou une spécialité de gynécologie obstétrique.

\*Avant application contribution forfaitaire de 1 € franchises et pénalités hors parcours de soins. Le taux de remboursement s'applique sur la base de remboursement du régime obligatoire. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité sociale, étant précisé que le régime local Alsace Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel Smatis France intervient en complément. Le remboursement Smatis France est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime obligatoire + remboursement Smatis France, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.

\*\*Hospitalisation en établissements conventionnés et non conventionnés. Prise en charge limitée au ticket modérateur en Etablissements long séjour, Etablissements spécialisés, Gastroplastie (anneaux gastriques, by pass...)

Tous les forfaits et limites s'entendent par année civile et par bénéficiaire sauf mention spécifique

## Les bonnes raisons de souscrire :

- Une gamme qui répond aux obligations du nouveau contrat responsable
- Une gamme proposant un choix de quatre garanties évolutives en fonction des besoins de chacun
- Des tarifs tenant compte de la composition familiale avec seulement 4 tranches d'âges
- Un forfait « bien-être » sur l'ensemble de la gamme
- Un poste hospitalisation complet permettant d'être remboursé lors de dépassement d'honoraires dès la 2<sup>nd</sup>e formule
- Des remboursements optique performants tenant compte de la dioptrie de chacun
- Un poste « dentaire » exprimé en euros afin de permettre une meilleure compréhension

## Des services de qualité



Parce que certains évènements de la vie nécessitent parfois une aide, **SMATIS Assistance** offre à l'ensemble des bénéficiaires inscrits des garanties communes à tous, tels que les services de proximité, l'assistance psychologique, l'aide à domicile,

Selon la composition familiale de l'adhérent, **SMATIS Assistance** adapte ses services.

Aide à domicile

Fermeture du domicile en cas d'hospitalisation imprévue

Présence d'un proche au chevet

Prise en charge des animaux (chiens, chats).

Transfert post-hospitalisation chez un proche

Conduite au travail...

## Un partenariat avec le réseau ITELIS

Sélectionnés pour leur compétence et leur professionnalisme, ces partenaires s'engagent à vous faire bénéficier de l'ensemble des avantages du réseau et à vous offrir des tarifs privilégiés ainsi que des services et avantages exclusifs.

Sur simple présentation de la carte de tiers payant Smatis chez l'un de ces professionnels de santé,

L'adhérent bénéficie d'une prise en charge de qualité au meilleur prix.

**Des tarifs négociés (en optique jusqu'à moins 40%\* de remise sur les verres (sur les marques des plus grands fabricants) et 15% sur un large choix de montures)**

## CGRM, un gestionnaire de choix



Avec 30 ans d'expérience, CGRM, basé sur Dunkerque, est reconnu comme l'un des centres de gestion santé des plus performants. **CGRM compte à ce jour 280 000 adhérents et a une renommée nationale :**

Des enseignes telles que NOCIBE-HYGENA-PICWIC font confiance à CGRM pour la gestion de leurs contrats de frais de santé. Structure à taille humaine, CGRM est composée d'équipes pluridisciplinaires permettant d'assurer en continu un service de qualité et une gestion sur-mesure, adaptée à la demande.

85 collaborateurs effectuent l'ensemble des actes de gestion des contrats frais de santé :

« **Adhésions, prestations, tiers payant, etc.** »

· La télétransmission des décomptes sécurité sociale par **échange de données informatisées (liaison Noémie)**

· **L'envoi mensuel d'un décompte récapitulatif des remboursements**

· **Le Tiers payant « National » étendu** : hospitalisation, pharmacie, radiologie, laboratoire, ambulance, dentiste, optique...

· **Une liberté d'accès aux professionnels de santé réseau et hors réseau...**

100% des opérations en France, Aucune externalisation

Un centre d'appel en interne

**Des services mis à disposition grâce à votre « espace personnel » sur [www.cgrm.fr](http://www.cgrm.fr)**

- Consultation/modification des données personnelles
- Consultation/téléchargement des remboursements
- Contacts: téléphone, adresse, mail
- Consultation/téléchargement de documents
- Géolocalisation des professionnels de santé