

2026 - Agents D'états – Territoriaux - Hospitaliers IDF

Protection Santé

Votre complémentaire santé
en partenariat avec
votre collectivité



VOS AVANTAGES



un avis de médecin spécialisé en moins de 7 jours,
sans vous déplacer !

Grâce à deuxiemeavis.fr, obtenez en moins de 7 jours l'avis sur dossier
d'un médecin spécialisé dans votre pathologie :

- +300 médecins spécialisés
- +700 maladies couvertes
(dont maladies du rachis, endométriose, cancers, acouphènes...)
- 30% d'opérations ou traitements inutiles évités en cas de divergence

UN MÉDECIN
disponible
par téléphone 24h/24 et 7j/7



- > La solution simple et rapide pour répondre à vos questions médicales
- > Service inclus dans votre garantie santé



ligne dédiée
09 74 99 02 54



PRECISIONS SUR LES REMBOURSEMENTS : Les Taux de remboursements, indiqués dans la présente grille, s'appliquent lorsque l'assuré a respecté le parcours de soins coordonnés. Hors du parcours de soins, et selon la situation, le R.O modifie certains de ses taux ou tarifs de responsabilité qui ne sont pas compensés par la Mutuelle. Les remboursements de la Mutuelle respectent le cahier des charges du «Contrat Responsable» (Art.L871-1 du code de la S.S) et s'appliquent à l'ensemble des soins et actes, qu'ils soient ou non effectués dans le cadre du parcours de soins. Toutefois, la Mutuelle ne prend en charge aucun dépassement d'honoraires hors parcours de soins coordonnés, ni la majoration de participation appliquée par le R.O aux actes et prescriptions hors du parcours de soins coordonnés, ni la majoration d'honoraires et actes externes réalisés par les praticiens hospitaliers hors du parcours de soins coordonnés, les actes hors nomenclature et la participation forfaitaire de 2 € instaurée par la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 définie à l'article L322-2 du code de la S.S ainsi que les franchises mentionnées au III de l'article L322-2 ne sont pas pris en charge par la Mutuelle. En cas de pluralité d'assureurs, les dispositions de l'article 2 du décret n° 90-769 du 13 août 1990 s'appliquent. Lexique : RO = régime obligatoire - BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale - TM = Ticket modérateur (Différence entre le TC et le remboursement RO) TC = Tarif de Convention - OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée

(1) Les forfaits sont annuels (de date à date) et par bénéficiaire. Pour les seuls bénéficiaires âgés de 16 ans et plus, le remboursement est limité à un équipement (une monture et deux verres) tous les deux ans, forfait monture et verres de classe B : par bénéficiaire 250 € en CT12, 325 € en CT17 et 400 € en CT20, sauf modification de la correction visuelle (période de un an). Pour les bénéficiaires 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, prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. L'appréciation des périodes se fait de date à date à compter de l'achat du dernier équipement optique. Le remboursement de la monture ne peut excéder 100 € (inclus dans les plafonds limites). Les planchers et les plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Toute modification du taux de remboursements de la Sécurité sociale sur l'équipement optique est susceptible d'entraîner une modification de la garantie optique afin de respecter les plafonds prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

(2) Prothèses Dentaires (hors TM): limitée 800 €/an en option CT12; 1000 €/an en option CT17; 1500 €/an en option CT20. Montants par bénéficiaire.

(3) Dépassements d'honoraires chirurgicaux calculés sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale, sur présentation du bulletin de situation et de la facture de l'établissement.

(4) Chambre Particulière en médecine, chirurgie, convalescence, maternité limitée à 30 jours /an en option CT12 et CT17; 45 jours /an en CT20. (5) Forfait naissance : montant maximum alloué sur présentation de justificatifs de dépenses liées au séjour à la maternité, dépassement d'honoraires péridurale, dépassement chambre particulière, TV... Quelque soit le nombre d'enfant (6) Médecine douce limitée à 6 actes par année civile sur présentation d'une facture acquittée : Ostéopathie; Chiropractie; Acupuncture; Etiopathie; Diététique; Naturopathe; Kinésiologie; Sophrologie; Réflexologie; Pédiurie/Podologue; Homéopathie (Préparations non remboursés);

(7) Aides auditives Classe II remboursement RO + Mutuelle plafonné à 1700 € par oreille, remboursement tous les 4 ans.

(8) Consultations ou séances de Psychologue plafonnées à 200 € par année civile.

*100% Santé (Tels que définis réglementairement) Optique : Le remboursement de la monture de classe A est plafonné à 30 €. Le remboursement de la monture de classe B est plafonné à 100 €. Les montants sont exprimés y compris le remboursement du R.O. Les remboursements intègrent la prestation d'appareillage et les suppléments pour verres avec filtres à hauteur du ticket modérateur. La date pour le renouvellement est celle de la dernière acquisition. La période est ramenée à 1 an pour les mineurs de moins de 16 ans ou pour une dégradation des performances oculaires. Dentaire : dans la limite des honoraires limite de facturation. Auditif : La date pour le renouvellement est celle de la dernière acquisition pour une période de 4 ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions de la liste prévue à l'article L 165-1.

(**) Prestations décrites dans le dépliant « Assistance », Deuxiemeavis.fr & Medaviz en inclusion 100% pris en charge par la mutuelle. (Renseignements auprès de nos collaboratrices)

2026 – Agents Etats-Territoriaux- Hospitaliers IDF

BARÈME DE PRESTATIONS au 01/01/2026		CT12	CT17	CT20
Remboursement Régime Obligatoire + Mutuelle				
PRESTATIONS MÉDICALES ⁽³⁾ <i>Prise en charge de la franchise de 24 € pour tout acte supérieur à 120 €</i>				
Consultations, visites généraliste OPTAM	125 % Br	170 % Br	200 % Br	
Consultations, visites généraliste NON OPTAM	100 % Br	130 % Br	160 % Br	
Consultations, visites spécialiste, npsy OPTAM	125 % Br	170 % Br	200 % Br	
Consultations, visites spécialiste, npsy NON OPTAM	100 % Br	130 % Br	160 % Br	
Actes de spécialistes (hors hospitalisation) OPTAM	125 % Br	170 % Br	200 % Br	
Actes de spécialistes (hors hospitalisation) NON OPTAM	100 % Br	130 % Br	160 % Br	
Radiologie, Scanner, Echographie OPTAM	125 % Br	170 % Br	200 % Br	
Radiologie, Scanner, Echographie NON OPTAM	100 % Br	130 % Br	160 % Br	
Laboratoire et prélèvements	125 % Br	170 % Br	200 % Br	
Auxiliaires médicaux : Orthophonie, Orthoptie, Kinésithérapie, Soins Infirmiers, ...	125 % Br	170 % Br	200 % Br	
Pharmacie (vignettes : blanches, bleues, oranges)	TM	TM	TM	
Orthopédie et autres appareillages	225 % Br	250 % Br	275 % Br	
OPTIQUE ⁽¹⁾				
Montures & Verres de Classe A 100% Santé*	 Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé			
Forfait Monture & Verres de Classe B (hors 100% santé) Monture limitée à 80 €	250 €	325 €	400 €	
Verres Simples de Classe B Complexes & Très Complexes de Classe B				
Lentilles	50 €	75 €	100 €	
AIDES AUDITIVES				
Prothèses auditives Classe I 100% Santé*	 Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé			
Prothèses auditives Classe II (par oreille appareillée) ⁽⁷⁾	225 % Br	300 % Br	300 % Br	
Accessoires auditifs, piles	75 €	100 €	125 €	
DENTAIRE ⁽²⁾				
Soins & Prothèses Dentaires 100% Santé*	 Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé			
Soins dentaires, Inlay-Onlay, Détartrage complet (à prix modéré ou à prix libre)	125 % Br	170 % Br	200 % Br	
Prothèses dentaires : dent visible (remboursées par le RO)	250 % Br	300 % Br	400 % Br	
Prothèses dentaires : dent non visible (remboursées par le RO)	200 % Br	250 % Br	350 % Br	
Prothèses transitoires	100 % Br	100 % Br	100 % Br	
Inlays – Core	250 % Br	350 % Br	350 % Br	
Orthodontie acceptées R.O (par semestre)	250 % Br	350 % Br	400 % Br	
Implantologie (Forfait Annuel)	400 € / an	500 € / an	600 € / an	
Plafond dentaire (hors soins et TM / hors 100% santé)	800 € / an	1000 € / an	1500 € / an	
HOSPITALISATION <i>Prise en charge de la franchise de 24 € pour tout acte supérieur à 120 €</i>				
Frais Hospitaliers, Frais de salle, (Analyses, radiologie, Aux. Médicaux)	100 % du Br	100 % du Br	100 % du Br	
Honoraires Médecins & Chirurgiens (Actes de Chirurgie, Anesthésie) OPTAM ⁽³⁾	125 % du Br	170 % du Br	200 % du Br	
Honoraires Médecins & Chirurgiens (Actes de Chirurgie ; Anesthésie) Non OPTAM ⁽³⁾	105 % Br	150 % Br	180 % Br	
Forfait journalier (tarif en vigueur)	Illimité	Illimité	Illimité	
Chambre particulière ⁽⁴⁾	50 € / jour	60 € / jour	70 € / jour	
Hospitalisation en ambulatoire	25 €	25 €	35 €	
Lit accompagnant (jusqu'à 16 ans - 30 jours/an)	19.50 € / jour	23 € / jour	23 € / jour	
Frais de transport (acceptés R.O.)	100 % Br	100 % Br	100 % Br	
ACTES DE PRÉVENTION				
Dispositif Mon Psy (12 séances / an / bénéficiaire)	100 % Br	100 % Br	100 % Br	
Consultations ou Séances de Psychologue ⁽⁸⁾ non remboursées par l'Assurance Maladie	40 €/séance	40 €/séance	40 €/séance	
Dépistage de l'Hépatite B / Vaccinations / Dispositif mon Psy	100 % Br	100 % Br	100 % Br	
Dépistage des troubles de l'audition (+50 ans)	100 % Br	100 % Br	100 % Br	
Ostéodensitométrie remboursée (femmes + 50 ans)	100 % Br	100 % Br	100 % Br	
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	20 €	30 €	30 €	
PRIMES FORFAITS				
Cure thermale acceptée R.O ⁽¹⁾ : Frais médicaux - Hébergements et transports	TM + 300 €	TM + 382 €	TM + 400 €	
Forfait Naissance ⁽⁵⁾	153 €	305 €	305 €	
Vaccin non remboursé ⁽¹⁾	11 €	14 €	14€	
Pack confort & Médecine Douce ⁽⁶⁾	20 € / séance	25 € / séance	30 € / séance	
Médicaments non pris en charge sur prescription médicale (Remboursement sur présentation d'une facture pour tous médicaments inscrit au Vidal)	60 € / an	90 € / an	120 € / an	
ASSISTANCE				
**Assistance à domicile, Protection Juridique Santé,	Oui	Oui	Oui	
Deuxiemeavis.fr / Medaviz (téléconsultation)	Oui	Oui	Oui	
Carte de Tiers Payant	Oui	Oui	Oui	

Complémentaire Santé AGENTS TERRITORIAUX CT

Document d'information sur la garantie Mutuelle

Le contrat « Santé » est assuré par PMIF, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du

Code de la Mutualité, immatriculée en France sous le numéro SIREN 785 873852

La gestion des prestations d'assistance Santé sont garanties par Filassistance International

La gestion des prestations de protection juridique «Préjudis Santé» sont assurées par Covéa Protection Juridique

La gestion des prestations de MEDAVIZ «téléconsultation» sont assurées par Medaviz

La gestion des prestations de 2^{ème} AVIS «avis médecin» sont assurées par 2^{ème} AVIS

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le contrat complémentaire Santé AGENTS TERRITORIAUX CT permet le remboursement des dépenses de santé suite à une maladie ou à un accident, en complément du régime obligatoire. Cette garantie est responsable.



Qu'est ce qui est assuré ?

- ✓ Hospitalisation (médecine, chirurgie, convalescence, maternité) : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier.
- ✓ Soins courants et prescriptions médicales : consultations, visites médecins, radiographie, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux
- ✓ Frais optique : Lunettes (monture et verres) lentilles de contact
- ✓ Frais dentaires : Soins dentaires, prothèses dentaires, inlay-onlay, inlays core, orthodontie et implants
- ✓ Appareillages remboursés par la Sécurité Sociale : audioprothèses, prothèses et orthèses, petits et gros appareillages
- ✓ Actes de prévention : densitométrie osseuse, vaccins antigrippal, cure, médicaments non pris en charge RO sur prescription médicale
- ✓ Médecine Douce et actes de confort : Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Étiopathe, Naturopathe, Diététicien, Réflexologue, Podologue, Hypnose ; Shiatsu ; Sophrologue, Kinésiologue, homéopathe

Les services systématiquement prévus sont les suivants :

- ✓ Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission.
- ✓ Assistance santé Filassistance (24h/7j)
- ✓ Protection Juridique Santé
- ✓ Deuxiemeavis.fr
- ✓ Medaviz (téléconsultation)
- ✓ Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les séjours en EHPAD ou en MAS
- ✗ Les sports extrêmes
- ✗ Les frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion.
- ✗ Les frais de séjours : les actes et/ou interventions non pris en charge par les organismes du régime de base obligatoire.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

- ! la participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- ! la majoration de participation de l'assuré visée à l'article L162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés (absence de désignation d'un médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant) ainsi que la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'autorisation, visée à l'article L.1111-15 du code de la santé publique, au professionnel de santé auquel il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter ;
- ! la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L 162.5 du Code de la Sécurité sociale.
- ! Hospitalisation chirurgicale à caractère esthétique non pris en charge

Principales Restrictions

- ! Chambre particulière : remboursement limité en montant et en durée suivant l'option ou la formule choisie.
- ! Optique adulte : remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans (sauf évolution de la vue remboursement possible tous les ans)
- Optique enfant : moins de 16 ans, remboursement possible tous les ans, 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans
- ! Remboursements dentaires limités à un plafond annuel (prothèses remboursées par la Sécurité sociale) variable suivant la Formule choisie.
- ! Appareillage auditif : remboursement limité pour une période de 4 ans par oreille et par bénéficiaire
- ! Médecine non-conventionnelle: remboursement limité à 6 séances par an et par bénéficiaire toutes spécialités confondues



Où suis-je couvert ?

- ✓ La garantie du contrat s'exerce en France métropolitaine, ainsi que dans les DROM
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'Assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée



Quelles sont mes obligations ?

- ✓ A la souscription :

Être affilié à un régime obligatoire français d'assurance-maladie.

Remplir avec exactitude la demande d'adhésion et la signer, et fournir l'ensemble des pièces complémentaires demandées.

- ✓ Durant le contrat :

Payer la cotisation prévue au contrat.

Fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat.

Faire parvenir les demandes de remboursement à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins.

Signaler tout changement de situation (régime de sécurité sociale d'une des personnes garanties, changement de domicile ou de situations familiales, etc...) ou de coordonnées bancaires et produire les justificatifs nécessaires du contrat et de la cotisation initialement prévue.



Quand et comment effectuer le paiement des cotisations ?

- ✓ La cotisation est appelée annuellement et payable d'avance à l'assureur selon la périodicité et les termes convenus dans le calendrier de paiement, par chèque ou prélèvement automatique : un paiement fractionné peut être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- ✓ L'adhésion prend effet, à l'égard de l'ensemble des assurés, à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction, sauf en cas de résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.
- ✓ En cas de contrat conclu à distance, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Le contrat peut être résilié par lettre recommandée avec accusé de réception :

- ✓ A l'échéance annuelle, au moins deux mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre au plus tard. La démission prend effet au 1er jour de l'année suivante.
- ✓ En cas d'augmentation des cotisations, la loi Chatel vous permet de disposer d'un délai de 20 jours à compter de la date de réception du nouvel avis d'échéance cachet de la poste faisant foi.
- ✓ L'Adhérent, qui bénéficie d'un régime collectif complémentaire santé à adhésion obligatoire par le biais de son entreprise, peut demander sa démission, en cours d'année, sous réserve de la production d'une attestation de l'employeur et de la restitution des cartes de tiers payant en cours de validité. La résiliation de la garantie prend effet au plus tôt au 1er jour du mois qui suit la notification par l'Adhérent de sa demande dûment justifiée.
- ✓ Loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 : Vous disposez de la faculté de dénoncer votre adhésion à tout moment, si votre contrat santé a plus d'un an. Votre demande doit être adressée à la Mutuelle, soit par courrier, par déclaration contre récépissé à notre siège ou par tout autre support durable.