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

MUTUELLE du Monde Combattant

5, rue du Havre 75008 Paris
01 43 87 43 65
contact@mutuelle-combattant.com

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

MUTUELLE du Monde Combattant

5, rue du Havre 75008 Paris
01 43 87 43 65
contact@mutuelle-combattant.com
mutuelle-combattant.com

Nos prestations pour le régime général

	Option 1*	Option 2*
Soins courants		
Honoraires consultations Généralistes et Spécialistes	Si OPTAM (1) 195% sinon 175%	Si OPTAM (1) 245% sinon 200%
Actes Techniques Médicaux y compris franchise	Si OPTAM (1) 130% sinon 110%	Si OPTAM (1) 210% sinon 190%
Imagerie médicale	Si OPTAM (1) 130% sinon 110%	Si OPTAM (1) 210% sinon 190%
Analyses et examens de laboratoire	100%	100%
Honoraires paramédicaux (Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues)	100%	100%
Médicaments pris en charge par la sécurité sociale	100%	100%
Consultation psychologue. Dispositif MonPsy, remboursé par la Sécurité sociale sur prescription médicale - Choix d'un psychologue partenaire de l'annuaire MonPsy	100%	100%
Médecines alternatives		
Chiropractie / Ostéopathie / Diététique (4 x an) (3)	/	25 € par acte 4 fois par an
Pédicurie / Podologie / Acupuncture (sans prise en charge)	30€ par acte (max 250€/an)	40€ par acte (max 300€/an)
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)	Si OPTAM et OPTAM-CO (1) 130% sinon 110%	Si OPTAM et OPTAM-CO (1) 210% sinon 130%
Forfait Patient Urgence (Exonération du FPU pour les bénéficiaires de l'article L. 212-1)	Frais réels (2)	Frais réels (2)
Forfait Journalier Hospitalier (Exonération du FJH pour les bénéficiaires de l'article L. 212-1)	Frais réels (2)	Frais réels (2)
Chambre particulière	40€ par jour Maxi 30 jours par an	40€ par jour Maxi 30 jours par an
Dentaire		
Panier 100% «reste à charge zéro»: soins et prothèses (100%santé)	Frais réels (2)	Frais réels (2)
Soins dentaires hors 100% santé avec remboursement Sécurité Sociale	100%	100%
Prothèses dentaires autres que «100% santé» avec remboursement Sécurité Sociale	100%+305€/an	100%+450€/an
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	100%	100%
Orthodontie refusée par la sécurité sociale	305€/an	450€/an
Implantologie et prothèse refusées par la Sécurité Sociale	/	800€/an
Optique (4 et 5)		
Classe A Panier «reste à charge zéro» monture + verres (100%santé)	Frais réels (2)	Frais réels (2)
Classe B Panier «tarifs libres» (5)	100% +200€ dont monture max. 100€	100% +250€ dont monture max. 100€
Lentilles et implants intra-oculaires acceptés par la Sécurité Sociale	100%	100%
Aides auditives (6)		
Equipement de classe 1 «100% santé»	Frais réels (2)	Frais réels (2)
Equipement de classe 2 «tarif Libre»	100% +305€/an pour les deux oreilles	100% +450€/an pour les deux oreilles
Accessoires (piles…)	100%	100%
Petit et grand appareillage pris en charge par la Sécurité Sociale	100% +305€/an	100%+450€/an
Cure thermale acceptée par la sécurité sociale		
Transport et Hébergement (sur présentation des justificatifs des frais réels)	100% +100€/an	100% +200€/an
Actes de prévention		
Actes de prévention pris en charge par la Sécurité Sociale	100%	100%
Actes de prévention non pris en charge par la Sécurité Sociale :		
Sevrage tabagique (7)	30€/an	50€/an
Vaccins non pris en charge par la Sécurité Sociale (7)	30€/an	50€/an
Examens bucco-dentaire M'T Dents (tous les ans - dès 3 ans et jusqu'à 24 ans).	100%	100%
Divers		
Assistance à domicile -	OUI	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 Maitrisée et OPTAM-CO: Option pratique tarifaire maitrisée 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 : 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. 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