



# Fiche produit



# Cap Entreprises



*La solution santé de votre entreprise*

## Sommaire

UNE VERITABLE PROTECTION SANTE EVOLUTIVE .....	2
CONTRAT .....	3
REGLES DE SOUSCRIPTION .....	3
Délais de carence .....	3
Les bénéficiaires des garanties .....	3
Les catégories d'adhésion .....	4
LES GARANTIES .....	4
Montant maximum d'indemnisation .....	5
ADHESION ET AFFILIATION .....	5
L'adhésion .....	5
La résiliation .....	5
L'affiliation des salariés de la catégorie assurée .....	5
Les garanties Cap Entreprises .....	6-17
TARIFICATION ET COTISATION .....	18
La cotisation .....	18
WWW.MGP-COURTAGE.COM .....	19
www.mgp-courtage.com : votre outil de tarification .....	19
Les documents à votre disposition .....	19
VOTRE RESPONSABLE COURTAGE MUTUELLE GENERALE DE PARIS .....	19



# Cap Entreprises

**La solution santé de votre entreprise**

**Cap Entreprises** est une gamme spécifiquement étudiée pour les entreprises de 3 à 50 salariés (effectif assuré).

Complémentaire santé d'entreprise tous secteurs d'activité

## UNE VERITABLE PROTECTION SANTE EVOLUTIVE

Cap Entreprises est une gamme santé modulable composée de :

>> 6 niveaux de garanties,

>>> avec dans chaque garantie, deux possibilités pour renforcer davantage sa protection santé,

>>> soit au total 18 choix de couverture santé.

## Points forts

- **18 garanties pour choisir une protection santé sur mesure,**
  - **Un pack innovation pour prendre en compte les médecines douces : (Ostéopathe - Chiropracteur - Homéopathe - Acupuncteur..)**
  - **Des garanties haut de gamme avec :**
    - **L'hospitalisation aux frais réels,**
    - **Les travaux d'implantologie,**
    - **La chirurgie de la myopie...**
- **Prise en charge de l'intégralité des actes de prévention figurant dans le décret du 18/06/2006,**
  - **Tiers payant,**
  - **Réalisation de devis en dentaire et optique, préalablement aux dépenses de santé,**
  - **Services en ligne Mutuelle Générale de Paris (Téléphone, site Internet dédié),**
  - **PSM (Priorité Santé Mutualiste), le nouveau service qui vous écoute, vous informe et vous accompagne,**
  - **Fonds Social,**
  - **Assistance à domicile,**
  - **Revue bimestrielle « L'action Mutualiste »,**
  - **Accès aux centres de santé mutualistes.....**



## CONTRAT

Type de contrat : **Obligatoire**

**Cap Entreprises** s'adapte au besoin de complémentaire santé de chaque entreprise.

**18 possibilités, pour apporter une solution santé aux Pme/Pmi :**

>>> **le choix entre 6 garanties : Cap Essentiel, Cap Eco, Cap Energie, Cap Equilibre, Cap Exigence, Cap Excellence, à adhésion obligatoire,**

>>> **2 possibilités supplémentaires dans chaque garantie pour renforcer davantage leur protection santé,**

>>> **soit au total 18 choix de complémentaire santé.**

## REGLES DE SOUSCRIPTION

**Effectif minimum de souscription : 3**

### CHANGEMENT DE GARANTIE OBLIGATOIRE

L'entreprise peut solliciter un changement dans une garantie supérieure parmi celles en vigueur au jour de la demande. La demande de changement ne peut être effectuée qu'après 12 mois d'adhésion dans la même garantie. Tout changement doit être formulé par lettre au moins 2 mois avant l'échéance annuelle du 31 décembre et prend effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante. **Cette modification entraîne l'édition d'une nouvelle pièce contractuelle.**

### DELAIS DE CARENCE

Aucun délai de carence n'est appliqué.

### LES BENEFICIAIRES DES GARANTIES

Les bénéficiaires sont les membres participants et leurs ayants-droit inscrits sur la fiche d'adhésion.

#### Les membres participants

Les membres participants sont les salariés liés par un contrat de travail avec le Souscripteur quelle qu'en soit la durée.

#### Les ayants-droit

- > le conjoint du membre participant.

Sont également assimilés :

- la personne ayant conclu avec le membre participant un contrat relevant du régime juridique du pacte civil de solidarité régi par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil depuis 2 ans au moins,
- la personne entretenant avec le membre participant un concubinage notoire et constant d'une durée au moins égale à 2 ans, pouvant justifier d'une résidence principale commune durant cette période.

Le nom de l'ayant droit es qualité est mentionné sur le bulletin individuel d'adhésion.



- > les enfants du membre participant, de son conjoint ou de son concubin au sens de la sécurité sociale.

Sont également assimilés :

- les enfants jusqu'à leur 21ème anniversaire s'ils poursuivent des études sans bénéficier d'un régime étudiant de sécurité sociale, ou les enfants en premier apprentissage ou exerçant une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC, âgés de moins de 21 ans vivant sous le même toit que l'assuré,
  - les enfants jusqu'à leur 26ème anniversaire s'ils poursuivent des études et sont affiliés à un régime étudiant de sécurité sociale
  - les enfants sans limitation d'âge s'ils bénéficient de l'allocation aux handicapés adultes versée par les Caisses d'Allocations Familiales.
- > d'une manière générale, toute personne à la charge effective et permanente du membre participant, vivant sous le même toit et ayant la qualité d'ayant droit au titre du régime obligatoire du membre participant.

## LES CATEGORIES D'ADHESION

L'entreprise choisit au moment de son adhésion la structure de cotisations :

**Unique** : la cotisation est identique quelle que soit la composition familiale du membre participant. La garantie couvre le salarié et ses ayants droit

**Isolé / Famille** : la cotisation est fixée en fonction de la composition familiale du membre participant.

*Isolé* : le membre participant est seul à bénéficier des prestations du régime.

*Famille* : l'ensemble des membres de la famille du membre bénéficient des prestations du régime au même titre que le membre participant.

**Adulte / Enfant (\*)** : la cotisation est déterminée en fonction du nombre d'adulte(s) et du nombre d'enfant(s) qui composent la famille du membre participant.

(\*) Dans cette structure de cotisations, seuls les deux premiers enfants sont payants.

## LES GARANTIES

Toutes les prestations sont en conformité avec les exigences posées par l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », et les décrets pris pour son application (notamment les décrets 2005-1226 du 29 septembre 2005 et 2007-1937 du 26 décembre 2007).

**Ne sont ainsi pas prises en charge :**

- > la participation forfaitaire à la charge du membre participant (1 euro au 01.01.2005),
- > les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés,
- > les franchises médicales à la charge du membre participant (0,50 euro par boîte de médicaments et par acte d'auxiliaires médicaux, 2 euros par transport, au 01.01.2008).

**Sont pris en charge** : dans les conditions de la garantie choisie, la totalité des prestations de prévention considérées comme prioritaires telles qu'elles sont définies par l'Arrêté du 8 juin 2006 (publiée au Journal Officiel le 18 juin 2006).

**Les prestations des garanties Cap Entreprises sont exprimées sous déduction de celles servies par la Sécurité sociale.**



## **MONTANT MAXIMUM D' INDEMNISATION**

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

## **ADHESION ET AFFILIATION**

### **L' ADHESION**

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion, le premier jour du mois.

Elle est souscrite pour une première période allant de la date de prise d'effet du contrat jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion. Elle est ensuite renouvelable au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, par tacite reconduction, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties envoyée par lettre recommandée avec avis de réception.

### **LA RESILIATION**

Elle s'effectue par lettre recommandée avant le 31 octobre de l'année en cours. Elle prend effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

### **L' AFFILIATION DES SALARIES DE LA CATEGORIE ASSUREE**

L'affiliation des salariés présents dans l'entreprise est immédiate, dès la prise d'effet du contrat d'assurance.

A la date d'effet du contrat ou dès la date d'embauche ou la date d'entrée dans le collège assuré pour les salariés engagés postérieurement à la prise d'effet du contrat ou ceux entrant dans le collège assuré.

# LES GARANTIES CAP ENTREPRISES

## Garantie CAP ESSENTIEL

### Soins courants

#### Généralistes / Spécialistes

Consultations, visites

100% TC

#### Petite chirurgie

Actes techniques médicaux hors hospitalisation

100% BR

Actes de chirurgie et d'anesthésie hors hospitalisation

100% BR

#### Radiologie : actes d'imagerie, actes d'échographie

Ostéodensitométrie non remboursée

100% BR

#### Analyses nomenclature

Analyses hors nomenclature (par an)

Néant

100% BR

#### Auxiliaires médicaux

Néant

#### Orthopédie

100% BR

#### Pharmacie

100% BR

100% TFR

### Dentaire

#### Soins dentaires et chirurgie dentaire

100% TC

#### Inlay, onlays

100% TC

#### Prothèses dentaires, ce poste est plafonné à hauteur de :

Plafond fixé à  
1000€/A/B

Plafond fixé à  
1200€/A/B

Plafond fixé à  
1500€/A/B

#### Prises en charge par la Sécurité sociale

150% TC

210% TC

270% TC

#### Inlay core et inlay à clavette

150% TC

150% TC

170% TC

#### Travaux dentaires - Prothèses dentaires et parodontologie non remboursées par la SS ou hors nomenclature

Néant

70% des frais réels  
limités à 3% PMSS

70% des frais réels  
limités à 6% PMSS

#### Travaux implantaires (comprenant : radio - chirurgie - greffe osseuse et visse de cicatrisation) limités à 3 actes par an

Néant

70% des frais réels  
limités à 3% PMSS

70% des frais réels  
limités à 6% PMSS

#### Orthodontie

Prise en charge par la Sécurité sociale

100% TC

150% TC

200% TC

Non prise en charge par la Sécurité sociale

Néant

Néant

Néant

### Optique et appareillage

#### OPTIQUE (poste limité par an et par bénéficiaire)

#### Monture

Verre unifocal ou enfant (par verre)

SS + 4% PMSS

SS + 1,5% PMSS  
1,5% PMSS / verre

SS + 3% PMSS  
2% PMSS / verre

Verre multifocal ou unifocal d'une dioptrie supérieure à 6 (par verre)

2,5% PMSS / verre

3% PMSS / verre

Lentilles acceptées

SS + 2% PMSS

SS+3% PMSS

SS+4% PMSS

Lentilles refusées y compris jetables

2% PMSS

3% PMSS

4% PMSS

Chirurgie de la myopie non remboursée par la Sécurité sociale

Néant

Néant

Néant

Prothèse auditive acceptée

120% BR

130% BR

150% BR

### Hospitalisation

#### Hospitalisation Médicale / Maternité / Chirurgicale

#### Etablissement conventionné

Séjour

100% BR

Honoraires

100% BR

#### Etablissement non conventionné

Séjour

100% BR

Honoraires

100% BR

Frais d'accompagnant (3)

1% PMSS

Forfait journalier médical (1) (2)

100% FR

Participation maternité (4)

-

Transport accepté

100% BR

Chambre particulière (1) (2)

1,5% PMSS

### Cure thermique

Prise en charge Sécurité sociale

100% TC

### Frais Obsèques

Participation aux frais d'obsèques (5)

-

100,00 €

## Garantie CAP ESSENTIEL

### PACK INNOVATION

	CAP ESSENTIEL	CAP ESSENTIEL 1	CAP ESSENTIEL 2
Ostéopathe - Chiropracteur - Homéopathe - Acupuncteur		10€/séance/A/B (max 3)	
Fécondation in vitro		20 €	
Vaccins - Contraception féminine - Substituts nicotiniques		10€/A/B	
<b>PREVENTION et SERVICES +</b>			
> Prise en charge de l'intégralité des actes de prévention figurant dans le décret du 18/06/2006, > Tiers payant, > Réalisation de devis en dentaire et optique, préalablement à vos dépenses de santé, > PSM (Priorité Santé Mutualiste), Fonds social, Assistance à domicile, Accès aux centres de soins mutualistes...		OUI	

Les remboursements incluent la part de la Sécurité sociale et sont effectués dans la limite des frais engagés.

Pour les actes non conventionnés, le remboursement de la mutuelle est identique à celui effectué pour les actes conventionnés.

- (1) Les remboursements de la maison de repos et de l'hospitalisation psychiatrique sont plafonnés à 30 jours par an
  - (2) Les remboursements de la maison de repos ne sont pris en charge que suite à une hospitalisation
  - (3) Cette prestation est versée pour tout adhérent de moins de 60 ans
  - (4) Cette prestation est versée sur présentation des justificatifs de paiement
  - (5) Cette prestation est versée sur présentation des justificatifs de paiement
- Plafond A/B : par an et par bénéficiaire

Remboursement dans le cadre du parcours de soins et sous réserve de déclaration à la Sécurité Sociale du choix de son médecin traitant.

TC : Tarif de convention de la Sécurité sociale

FR : Frais réels

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale au 01 janvier de l'année en cours

BR : Base de Remboursement correspondant au tarif de référence de la Sécurité Sociale dans la CCAM et la T2A

BRR : Base de Remboursement Reconstituée pour les actes nomenclaturés mais non pris en charge par la Sécurité Sociale

TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité de la Sécurité sociale (en vigueur depuis le 08/09/2003)

## Garantie CAP ECO

### Soins courants

<b>Généralistes / Spécialistes</b> Consultations, visites
<b>Petite chirurgie</b> Actes techniques médicaux hors hospitalisation Actes de chirurgie et d'anesthésie hors hospitalisation
<b>Radiologie : actes d'imagerie, actes d'échographie</b> Ostéodensitométrie non remboursée
<b>Analyses nomenclature</b> Analyses hors nomenclature (par an)
<b>Auxiliaires médicaux</b>
<b>Orthopédie</b>
<b>Pharmacie</b>

### Dentaire

<b>Soins dentaires et chirurgie dentaire</b>
<b>Inlay, onlays</b>
<b>Prothèses dentaires, ce poste est plafonné à hauteur de :</b>
<b>Prises en charge par la Sécurité sociale</b> <b>Inlay core et inlay à clavette</b>
<b>Travaux dentaires - Prothèses dentaires et parodontologie non remboursées par la SS ou hors nomenclature</b>
<b>Travaux implantaires (comprenant : radio - chirurgie - greffe osseuse et visse de cicatrisation) limités à 3 actes par an</b>
<b>Orthodontie</b> Prise en charge par la Sécurité sociale Non prise en charge par la Sécurité sociale

### Optique et appareillage

<b>OPTIQUE (poste limité par an et par bénéficiaire)</b>
<b>Monture</b> Verre unifocal ou enfant (par verre) Verre multifocal ou unifocal d'une dioptrie supérieure à 6 (par verre) Lentilles acceptées Lentilles refusées y compris jetables Chirurgie de la myopie non remboursée par la Sécurité sociale
<b>Prothèse auditive acceptée</b>

### Hospitalisation

<b>Hospitalisation Médicale / Maternité / Chirurgicale</b>
<b>Etablissement conventionné</b> Séjour Honoraires
<b>Etablissement non conventionné</b> Séjour Honoraires
<b>Frais d'accompagnant (3)</b>
<b>Forfait journalier médical (1) (2)</b>
<b>Participation maternité (4)</b>
<b>Transport accepté</b>
<b>Chambre particulière (1) (2)</b>

### Cure thermale

<b>Prise en charge Sécurité sociale</b>
---

### Frais Obsèques

<b>Participation aux frais d'obsèques (5)</b>
---

### CAP ECO

### CAP ECO + 1

### CAP ECO + 2

170% TC		
170% BR		
170% BR		
170% BR		
50,00 €		
170% BR		
30,00 €		
170% BR		
170% BR		
100% TFR		
170% TC		
170% TC		
<b>Plafond fixé à 1500€/A/B</b>	<b>Plafond fixé à 1700€/A/B</b>	<b>Plafond fixé à 2000€/A/B</b>
270% TC	320% TC	420% TC
170% TC	200% TC	270% TC
70% des frais réels limités à 6% PMSS	75% des frais réels limités à 7% PMSS	80% des frais réels limités à 9% PMSS
70% des frais réels limités à 6% PMSS	75% des frais réels limités à 7% PMSS	80% des frais réels limités à 9% PMSS
200% TC	250% TC	300% TC
150% TC	170% TC	200% TC
SS + 3% PMSS 3% PMSS / verre	SS + 4% PMSS 4% PMSS / verre	SS + 5% PMSS 5% PMSS / verre
5% PMSS / verre	8% PMSS / verre	10% PMSS / verre
SS+4% PMSS 4% PMSS	SS+5% PMSS 5% PMSS	SS+6% PMSS 6% PMSS
7% PMSS / œil	7% PMSS / œil	7% PMSS / œil
180% BR	220% BR	270% BR
180% BR		
180% BR		
180% BR		
1,5% PMSS		
100% FR		
6% PMSS		
100% BR		
2% PMSS	2,5% PMSS	
100% TC + 6% PMSS		
300,00 €		

## Garantie CAP ECO

### PACK INNOVATION

	CAP ECO	CAP ECO + 1	CAP ECO + 2
Ostéopathe - Chiropracteur - Homéopathe - Acupuncteur	20€/séance/A/B (max 3)	25€/séance/A/B (max 3)	
Fécondation in vitro	25 €	30 €	
Vaccins - Contraception féminine - Substituts nicotiniques	20€/A/B	25€/A/B	
<b>PREVENTION et SERVICES +</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Prise en charge de l'intégralité des actes de prévention figurant dans le décret du 18/06/2006,</li> <li>&gt; Tiers payant,</li> <li>&gt; Réalisation de devis en dentaire et optique, préalablement à vos dépenses de santé,</li> <li>&gt; PSM (Priorité Santé Mutualiste), Fonds social, Assistance à domicile, Accès aux centres de soins mutualistes...</li> </ul>	OUI		

Les remboursements incluent la part de la Sécurité Sociale et sont effectués dans la limite des frais engagés.

Pour les actes non conventionnés, le remboursement de la mutuelle est identique à celui effectué pour les actes conventionnés.

- (1) Les remboursements de la maison de repos et de l'hospitalisation psychiatrique sont plafonnés à 30 jours par an
  - (2) Les remboursements de la maison de repos ne sont pris en charge que suite à une hospitalisation
  - (3) Cette prestation est versée pour tout adhérent de moins de 60 ans
  - (4) Cette prestation est versée sur présentation des justificatifs de paiement
  - (5) Cette prestation est versée sur présentation des justificatifs de paiement
- Plafond A/B : par an et par bénéficiaire

**Remboursement dans le cadre du parcours de soins et sous réserve de déclaration à la Sécurité Sociale du choix de son médecin traitant.**

TC : Tarif de convention de la Sécurité sociale

FR : Frais réels

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale au 01 janvier de l'année en cours

BR : Base de Remboursement correspondant au tarif de référence de la Sécurité Sociale dans la CCAM et la T2A

BRR : Base de Remboursement Reconstituée pour les actes nomenclaturés mais non pris en charge par la Sécurité Sociale

TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité de la Sécurité sociale (en vigueur depuis le 08/09/2003)

## Garantie CAP ENERGIE

### Soins courants

#### Généralistes / Spécialistes

Consultations, visites

#### Petite chirurgie

Actes techniques médicaux hors hospitalisation

Actes de chirurgie et d'anesthésie hors hospitalisation

#### Radiologie : actes d'imagerie, actes d'échographie

Ostéodensitométrie non remboursée

#### Analyses nomenclature

Analyses hors nomenclature (par an)

#### Auxiliaires médicaux

#### Orthopédie

#### Pharmacie

### Dentaire

#### Soins dentaires et chirurgie dentaire

#### Inlay, onlays

#### Prothèses dentaires, ce poste est plafonné à hauteur de :

#### Prises en charge par la Sécurité sociale

Inlay core et inlay à clavette

Travaux dentaires - Prothèses dentaires et parodontologie non remboursées par la SS ou hors nomenclature

Travaux implantaires (comprenant : radio - chirurgie - greffe osseuse et visse de cicatrisation) limités à 3 actes par an

#### Orthodontie

Prise en charge par la Sécurité sociale

Non prise en charge par la Sécurité sociale

### Optique et appareillage

#### OPTIQUE (poste limité par an et par bénéficiaire)

#### Monture

Verre unifocal ou enfant (par verre)

Verre multifocal ou unifocal d'une dioptrie supérieure à 6 (par verre)

Lentilles acceptées

Lentilles refusées y compris jetables

Chirurgie de la myopie non remboursée par la Sécurité sociale

Prothèse auditive acceptée

### Hospitalisation

#### Hospitalisation Médicale / Maternité / Chirurgicale

#### Etablissement conventionné

Séjour

Honoraires

#### Etablissement non conventionné

Séjour

Honoraires

Frais d'accompagnant (3)

Forfait journalier médical (1) (2)

Participation maternité (4)

Transport accepté

Chambre particulière (1) (2)

### Cure thermale

Prise en charge Sécurité sociale

### Frais Obsèques

Participation aux frais d'obsèques (5)

## CAP ENERGIE

## CAP ENERGIE 1

## CAP ENERGIE 2

270% TC

270% BR

270% BR

270% BR

70,00 €

270% BR

50,00 €

270% BR

270% BR

100% TFR

270% TC

270% TC

Plafond fixé à  
2000€/A/B

Plafond fixé à  
2200€/A/B

Plafond fixé à  
2500€/A/B

420% TC

450% TC

470% TC

270% TC

300% TC

370% TC

80% des frais réels  
limités à 9% PMSS

80% des frais réels  
limités à 12% PMSS

80% des frais réels  
limités à 14% PMSS

80% des frais réels  
limités à 9% PMSS

80% des frais réels  
limités à 12% PMSS

80% des frais réels  
limités à 14% PMSS

300% TC

350% TC

400% TC

200% TC

250% TC

300% TC

SS + 5% PMSS  
5% PMSS / verre

SS + 5,5% PMSS  
5,5% PMSS / verre

SS + 6% PMSS  
6% PMSS / verre

10% PMSS / verre

10,5% PMSS / verre

11% PMSS / verre

SS+6% PMSS  
6% PMSS

SS +7% PMSS  
7% PMSS

SS +10% PMSS  
10% PMSS

12% PMSS / œil

12% PMSS / œil

12% PMSS / œil

270% BR

300% BR

370% BR

100% Frais réels  
280% BR

280% BR

280% BR

2% PMSS

100% FR

10% PMSS

265% BR

2,5% PMSS

3% PMSS

100% TC + 8% PMSS

500,00 €

## Garantie CAP ENERGIE

### PACK INNOVATION

	CAP ENERGIE	CAP ENERGIE 1	CAP ENERGIE 2
Ostéopathe - Chiropracteur - Homéopathe - Acupuncteur	30€/séance/A/B (max 3)		
Fécondation in vitro	50 €	55 €	60 €
Vaccins - Contraception féminine - Substituts nicotiniques	50€/A/B		
<b>PREVENTION et SERVICES +</b>			
> Prise en charge de l'intégralité des actes de prévention figurant dans le décret du 18/06/2006, > Tiers payant, > Réalisation de devis en dentaire et optique, préalablement à vos dépenses de santé, > PSM (Priorité Santé Mutualiste), Fonds social, Assistance à domicile, Accès aux centres de soins mutualistes...	OUI		

Les remboursements incluent la part de la Sécurité Sociale et sont effectués dans la limite des frais engagés.

Pour les actes non conventionnés, le remboursement de la mutuelle est identique à celui effectué pour les actes conventionnés.

- (1) Les remboursements de la maison de repos et de l'hospitalisation psychiatrique sont plafonnés à 30 jours par an
  - (2) Les remboursements de la maison de repos ne sont pris en charge que suite à une hospitalisation
  - (3) Cette prestation est versée pour tout adhérent de moins de 60 ans
  - (4) Cette prestation est versée sur présentation des justificatifs de paiement
  - (5) Cette prestation est versée sur présentation des justificatifs de paiement
- Plafond A/B : par an et par bénéficiaire

**Remboursement dans le cadre du parcours de soins et sous réserve de déclaration à la Sécurité Sociale du choix de son médecin traitant.**

TC : Tarif de convention de la Sécurité sociale

FR : Frais réels

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale au 01 janvier de l'année en cours

BR : Base de Remboursement correspondant au tarif de référence de la Sécurité Sociale dans la CCAM et la T2A

BRR : Base de Remboursement Reconstituée pour les actes nomenclaturés mais non pris en charge par la Sécurité Sociale

TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité de la Sécurité sociale (en vigueur depuis le 08/09/2003)

# Garantie CAP EQUILIBRE

## Soins courants

<b>Généralistes / Spécialistes</b>
Consultations, visites
<b>Petite chirurgie</b>
Actes techniques médicaux hors hospitalisation
Actes de chirurgie et d'anesthésie hors hospitalisation
<b>Radiologie : actes d'imagerie, actes d'échographie</b>
Ostéodensitométrie non remboursée
<b>Analyses nomenclature</b>
Analyses hors nomenclature (par an)
<b>Auxiliaires médicaux</b>
<b>Orthopédie</b>
<b>Pharmacie</b>

## Dentaire

<b>Soins dentaires et chirurgie dentaire</b>
Inlay, onlays
<b>Prothèses dentaires, ce poste est plafonné à hauteur de :</b>
<b>Prises en charge par la Sécurité sociale</b>
Inlay core et inlay à clavette
Travaux dentaires - Prothèses dentaires et parodontologie non remboursées par la SS ou hors nomenclature
Travaux implantaires (comprenant : radio - chirurgie - greffe osseuse et visse de cicatrisation) limités à 3 actes par an
<b>Orthodontie</b>
Prise en charge par la Sécurité sociale
Non prise en charge par la Sécurité sociale

## Optique et appareillage

<b>OPTIQUE (poste limité par an et par bénéficiaire)</b>
<b>Monture</b>
Verre unifocal ou enfant (par verre)
Verre multifocal ou unifocal d'une dioptrie supérieure à 6 (par verre)
Lentilles acceptées
Lentilles refusées y compris jetables
Chirurgie de la myopie non remboursée par la Sécurité sociale
<b>Prothèse auditive acceptée</b>

## Hospitalisation

<b>Hospitalisation Médicale / Maternité / Chirurgicale</b>
<b>Etablissement conventionné</b>
Séjour
Honoraires
<b>Etablissement non conventionné</b>
Séjour
Honoraires
<b>Frais d'accompagnant (3)</b>
<b>Forfait journalier médical (1) (2)</b>
<b>Participation maternité (4)</b>
<b>Transport accepté</b>
<b>Chambre particulière (1) (2)</b>

## Cure thermique

<b>Prise en charge Sécurité sociale</b>
---

## Frais Obsèques

<b>Participation aux frais d'obsèques (5)</b>
---

CAP EQUILIBRE	CAP EQUILIBRE 1	CAP EQUILIBRE 2
370% TC		
370% BR		
370% BR		
370% BR		
70,00 €		
370% BR		
50,00 €		
370% BR		
370% BR		
100% TFR		
370% TC		
370% TC		
Plafond fixé à 2500€/A/B	Plafond fixé à 2700€/A/B	Plafond fixé à 3200€/A/B
470% TC	475% TC	480% TC
370% TC	425% TC	440% TC
80% des frais réels limités à 14% PMSS	80% des frais réels limités à 14% PMSS	80% des frais réels limités à 14% PMSS
80% des frais réels limités à 14% PMSS	80% des frais réels limités à 14% PMSS	80% des frais réels limités à 14% PMSS
400% TC	450% TC	500% TC
300% TC	350% TC	400% TC
SS + 6% PMSS 6% PMSS / verre	SS + 6,5% PMSS 6% PMSS / verre	SS + 7% PMSS 6% PMSS / verre
11% PMSS / verre	11% PMSS / verre	11% PMSS / verre
SS +10% PMSS 10% PMSS	SS + 10,5% PMSS 10,5% PMSS	SS + 12% PMSS 12% PMSS
16% PMSS / œil	16% PMSS / œil	16% PMSS / œil
370% BR	400% BR	470% BR
100% Frais réels 380% BR		
380% BR		
380% BR		
2,5% PMSS		
100% FR		
12% PMSS		
365% BR		
3% PMSS	3,5% PMSS	
100% TC + 12% PMSS		
700,00 €		

## Garantie CAP EQUILIBRE

### PACK INNOVATION

	CAP EQUILIBRE	CAP EQUILIBRE 1	CAP EQUILIBRE 2
Ostéopathe - Chiropracteur - Homéopathe - Acupuncteur	30€/séance/A/B (max 3)		
Fécondation in vitro	60 €	65 €	70 €
Vaccins - Contraception féminine - Substituts nicotiniques	50€/A/B		
<b>PREVENTION et SERVICES +</b>			
> Prise en charge de l'intégralité des actes de prévention figurant dans le décret du 18/06/2006, > Tiers payant, > Réalisation de devis en dentaire et optique, préalablement à vos dépenses de santé, > PSM (Priorité Santé Mutualiste), Fonds social, Assistance à domicile, Accès aux centres de soins mutualistes...	OUI		

Les remboursements incluent la part de la Sécurité Sociale et sont effectués dans la limite des frais engagés.

Pour les actes non conventionnés, le remboursement de la mutuelle est identique à celui effectué pour les actes conventionnés.

- (1) Les remboursements de la maison de repos et de l'hospitalisation psychiatrique sont plafonnés à 30 jours par an
  - (2) Les remboursements de la maison de repos ne sont pris en charge que suite à une hospitalisation
  - (3) Cette prestation est versée pour tout adhérent de moins de 60 ans
  - (4) Cette prestation est versée sur présentation des justificatifs de paiement
  - (5) Cette prestation est versée sur présentation des justificatifs de paiement
- Plafond A/B : par an et par bénéficiaire

**Remboursement dans le cadre du parcours de soins et sous réserve de déclaration à la Sécurité Sociale du choix de son médecin traitant.**

TC : Tarif de convention de la Sécurité sociale

FR : Frais réels

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale au 01 janvier de l'année en cours

BR : Base de Remboursement correspondant au tarif de référence de la Sécurité Sociale dans la CCAM et la T2A

BRR : Base de Remboursement Reconstituée pour les actes nomenclaturés mais non pris en charge par la Sécurité Sociale

TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité de la Sécurité sociale (en vigueur depuis le 08/09/2003)

# Garantie CAP EXIGENCE

## Soins courants

<b>Généralistes / Spécialistes</b> Consultations, visites
<b>Petite chirurgie</b> Actes techniques médicaux hors hospitalisation Actes de chirurgie et d'anesthésie hors hospitalisation
<b>Radiologie : actes d'imagerie, actes d'échographie</b> Ostéodensitométrie non remboursée
<b>Analyses nomenclature</b> Analyses hors nomenclature (par an)
<b>Auxiliaires médicaux</b>
<b>Orthopédie</b>
<b>Pharmacie</b>

## Dentaire

<b>Soins dentaires et chirurgie dentaire</b> Inlay, onlays
<b>Prothèses dentaires, ce poste est plafonné à hauteur de :</b>
<b>Prises en charge par la Sécurité sociale</b> Inlay core et inlay à clavette
<b>Travaux dentaires - Prothèses dentaires et parodontologie non remboursées par la SS ou hors nomenclature</b>
<b>Travaux implantaires (comprenant : radio - chirurgie - greffe osseuse et visse de cicatrisation) limités à 3 actes par an</b>
<b>Orthodontie</b> Prise en charge par la Sécurité sociale Non prise en charge par la Sécurité sociale

## Optique et appareillage

<b>OPTIQUE (poste limité par an et par bénéficiaire)</b>
<b>Monture</b> Verre unifocal ou enfant (par verre) Verre multifocal ou unifocal d'une dioptrie supérieure à 6 (par verre)
<b>Lentilles acceptées</b> Lentilles refusées y compris jetables
<b>Chirurgie de la myopie non remboursée par la Sécurité sociale</b>
<b>Prothèse auditive acceptée</b>

## Hospitalisation

<b>Hospitalisation Médicale / Maternité / Chirurgicale</b> Etablissement conventionné Séjour Honoraires
<b>Etablissement non conventionné</b> Séjour Honoraires
<b>Frais d'accompagnant (3)</b>
<b>Forfait journalier médical (1) (2)</b>
<b>Participation maternité (4)</b>
<b>Transport accepté</b>
<b>Chambre particulière (1) (2)</b>

## Cure thermique

<b>Prise en charge Sécurité sociale</b>
---

## Frais Obsèques

<b>Participation aux frais d'obsèques (5)</b>
---

CAP EXIGENCE	CAP EXIGENCE 1	CAP EXIGENCE 2
470% TC		
470% BR		
470% BR		
470% BR		
70,00 €		
470% BR		
50,00 €		
470% BR		
470% BR		
100% TFR		
470% TC		
470% TC		
Plafond fixé à 3200€/A/B	Plafond fixé à 3200€/A/B	Plafond fixé à 3500€/A/B
480% TC	490% TC	500% TC
440% TC	470% TC	500% TC
80% des frais réels limités à 14% PMSS	80% des frais réels limités à 14,5% PMSS	80% des frais réels limités à 15% PMSS
80% des frais réels limités à 14% PMSS	80% des frais réels limités à 14,5% PMSS	80% des frais réels limités à 15% PMSS
500% TC	500% TC	500% TC
400% TC	420%TC	450% TC
SS + 7% PMSS 6% PMSS / verre	SS + 7,5% PMSS 7% PMSS / verre	SS + 8% PMSS 7% PMSS / verre
11% PMSS / verre	12% PMSS / verre	12% PMSS / verre
SS + 12% PMSS 12% PMSS	SS + 12,5% PMSS 12,5% PMSS	SS + 14% PMSS 14% PMSS
18% PMSS / œil	18% PMSS / œil	18% PMSS / œil
470% BR	500% BR	570% BR
100% Frais réels 480% BR		
480% BR		
480% BR		
3,5% PMSS		
100% FR		
15% PMSS		
465% BR		
4% PMSS	4,5% PMSS	
100% TC + 14% PMSS		
1 000,00 €		

## Garantie CAP EXIGENCE

### PACK INNOVATION

	CAP EXIGENCE	CAP EXIGENCE 1	CAP EXIGENCE 2
Ostéopathe - Chiropracteur - Homéopathe - Acupuncteur	40€/séance/A/B (max 3)		
Fécondation in vitro	70 €	75 €	80 €
Vaccins - Contraception féminine - Substituts nicotiniques	60€/A/B		
<b>PREVENTION et SERVICES +</b>			
> Prise en charge de l'intégralité des actes de prévention figurant dans le décret du 18/06/2006, > Tiers payant, > Réalisation de devis en dentaire et optique, préalablement à vos dépenses de santé, > PSM (Priorité Santé Mutualiste), Fonds social, Assistance à domicile, Accès aux centres de soins mutualistes...	OUI		

Les remboursements incluent la part de la Sécurité Sociale et sont effectués dans la limite des frais engagés.

Pour les actes non conventionnés, le remboursement de la mutuelle est identique à celui effectué pour les actes conventionnés.

- (1) Les remboursements de la maison de repos et de l'hospitalisation psychiatrique sont plafonnés à 30 jours par an
  - (2) Les remboursements de la maison de repos ne sont pris en charge que suite à une hospitalisation
  - (3) Cette prestation est versée pour tout adhérent de moins de 60 ans
  - (4) Cette prestation est versée sur présentation des justificatifs de paiement
  - (5) Cette prestation est versée sur présentation des justificatifs de paiement
- Plafond A/B : par an et par bénéficiaire

**Remboursement dans le cadre du parcours de soins et sous réserve de déclaration à la Sécurité Sociale du choix de son médecin traitant.**

TC : Tarif de convention de la Sécurité sociale

FR : Frais réels

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale au 01 janvier de l'année en cours

BR : Base de Remboursement correspondant au tarif de référence de la Sécurité Sociale dans la CCAM et la T2A

BRR : Base de Remboursement Reconstituée pour les actes nomenclaturés mais non pris en charge par la Sécurité Sociale

TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité de la Sécurité sociale (en vigueur depuis le 08/09/2003)

# Garantie CAP EXCELLENCE

## Soins courants

<b>Généralistes / Spécialistes</b> Consultations, visites
<b>Petite chirurgie</b> Actes techniques médicaux hors hospitalisation Actes de chirurgie et d'anesthésie hors hospitalisation
<b>Radiologie : actes d'imagerie, actes d'échographie</b> Ostéodensitométrie non remboursée
<b>Analyses nomenclature</b> Analyses hors nomenclature (par an)
<b>Auxiliaires médicaux</b>
<b>Orthopédie</b>
<b>Pharmacie</b>

CAP EXCELLENCE	CAP EXCELLENCE 1	CAP EXCELLENCE 2
570% TC		
570% BR		
570% BR		
570% BR		
70,00 €		
570% BR		
70,00 €		
570% BR		
570% BR		
100% TFR		

## Dentaire

<b>Soins dentaires et chirurgie dentaire</b> Inlay, onlays
<b>Prothèses dentaires, ce poste est plafonné à hauteur de :</b>
<b>Prises en charge par la Sécurité sociale</b> Inlay core et inlay à clavette
<b>Travaux dentaires - Prothèses dentaires et parodontologie non remboursées par la SS ou hors nomenclature</b>
<b>Travaux implantaires (comprenant : radio - chirurgie - greffe osseuse et visse de cicatrisation) limités à 3 actes par an</b>
<b>Orthodontie</b> Prise en charge par la Sécurité sociale Non prise en charge par la Sécurité sociale

CAP EXCELLENCE	CAP EXCELLENCE 1	CAP EXCELLENCE 2
570% TC		
570% TC		
Plafond fixé à 4000€/A/B	Plafond fixé à 4000€/A/B	Plafond fixé à 4000€/A/B
500% TC	520% TC	570% TC
500% TC	520% TC	570% TC
80% des frais réels limités à 15% PMSS	80% des frais réels limités à 15,5% PMSS	80% des frais réels limités à 16% PMSS
80% des frais réels limités à 15% PMSS	80% des frais réels limités à 15,5% PMSS	80% des frais réels limités à 16% PMSS
500% TC	500% TC	500% TC
450% TC	470% TC	500% TC

## Optique et appareillage

<b>OPTIQUE (poste limité par an et par bénéficiaire)</b>
<b>Monture</b> Verre unifocal ou enfant (par verre) Verre multifocal ou unifocal d'une dioptrie supérieure à 6 (par verre)
<b>Lentilles acceptées</b> Lentilles refusées y compris jetables
<b>Chirurgie de la myopie non remboursée par la Sécurité sociale</b>
<b>Prothèse auditive acceptée</b>

CAP EXCELLENCE	CAP EXCELLENCE 1	CAP EXCELLENCE 2
SS + 8% PMSS 7% PMSS / verre	SS + 8% PMSS 7,5% PMSS / verre	SS + 8% PMSS 7,5% PMSS / verre
12% PMSS / verre	12% PMSS / verre	12% PMSS / verre
SS + 14% PMSS 14% PMSS	SS + 14,5% PMSS 14,5% PMSS	SS + 16% PMSS 16% PMSS
20% PMSS / œil	20% PMSS / œil	20% PMSS / œil
570% BR	570% BR	570% BR

## Hospitalisation

<b>Hospitalisation Médicale / Maternité / Chirurgicale</b> Etablissement conventionné Séjour Honoraires
<b>Etablissement non conventionné</b> Séjour Honoraires
<b>Frais d'accompagnant (3)</b>
<b>Forfait journalier médical (1) (2)</b>
<b>Participation maternité (4)</b>
<b>Transport accepté</b>
<b>Chambre particulière (1) (2)</b>

100% Frais réels
580% BR
580% BR
580% BR
4% PMSS
100% FR
20% PMSS
565% BR
5% PMSS

## Cure thermique

<b>Prise en charge Sécurité sociale</b>
---

100% TC + 16% PMSS
--------------------

## Frais Obsèques

<b>Participation aux frais d'obsèques (5)</b>
---

1 500,00 €
------------

## Garantie CAP EXCELLENCE

### PACK INNOVATION

	CAP EXCELLENCE	CAP EXCELLENCE 1	CAP EXCELLENCE 2
Ostéopathe - Chiropracteur - Homéopathe - Acupuncteur	50€/séance/A/B (max 3)	65€/séance/A/B (max 3)	70€/séance/A/B (max 3)
Fécondation in vitro	80 €	85 €	90 €
Vaccins - Contraception féminine - Substituts nicotiniques	60€/A/B		
<b>PREVENTION et SERVICES +</b>			
> Prise en charge de l'intégralité des actes de prévention figurant dans le décret du 18/06/2006, > Tiers payant, > Réalisation de devis en dentaire et optique, préalablement à vos dépenses de santé, > PSM (Priorité Santé Mutualiste), Fonds social, Assistance à domicile, Accès aux centres de soins mutualistes...	<b>OUI</b>		

Les remboursements incluent la part de la Sécurité Sociale et sont effectués dans la limite des frais engagés.

Pour les actes non conventionnés, le remboursement de la mutuelle est identique à celui effectué pour les actes conventionnés.

- (1) Les remboursements de la maison de repos et de l'hospitalisation psychiatrique sont plafonnés à 30 jours par an
  - (2) Les remboursements de la maison de repos ne sont pris en charge que suite à une hospitalisation
  - (3) Cette prestation est versée pour tout adhérent de moins de 60 ans
  - (4) Cette prestation est versée sur présentation des justificatifs de paiement
  - (5) Cette prestation est versée sur présentation des justificatifs de paiement
- Plafond A/B : par an et par bénéficiaire

Remboursement dans le cadre du parcours de soins et sous réserve de déclaration à la Sécurité Sociale du choix de son médecin traitant.

TC : Tarif de convention de la Sécurité sociale

FR : Frais réels

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale au 01 janvier de l'année en cours

BR : Base de Remboursement correspondant au tarif de référence de la Sécurité Sociale dans la CCAM et la T2A

BRR : Base de Remboursement Reconstituée pour les actes nomenclaturés mais non pris en charge par la Sécurité Sociale

TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité de la Sécurité sociale (en vigueur depuis le 08/09/2003)



## TARIFICATION ET COTISATION

La tarification est possible via l'extranet courtiers de la Mutuelle Générale de Paris :

<http://www.mgp-courtage.com>

Les tarifs sont exprimés en % du PMSS et tiennent compte :

**>>> du régime,**

- Régime Général
- Régime Alsace Moselle.

**>>> de la tranche d'âge**

- moins de 45 ans
- 45 ans et plus

**3 niveaux de commissionnement :  
5%, 7,5% et 10%**

**>>> de la structure de cotisation**

- Isolé/Famille
- Tarif Unique,
- Adulte/Enfant\*

\*Dans la structure Adulte/Enfant : seuls les deux premiers enfants sont payants.

## LA COTISATION

La cotisation est annuelle et payable mensuellement à terme échu, par prélèvement direct sur le compte bancaire.

Elle est indexée et révisée automatiquement au premier janvier de chaque année.



## WWW.MGP-COURTAGE.COM

La réalisation des souscriptions s'effectue directement sur l'extranet courtiers de Mutuelle Générale de Paris.

## WWW.MGP-COURTAGE.COM : VOTRE OUTIL DE TARIFICATION

Avec [www.mgp-courtage.com](http://www.mgp-courtage.com), vous pouvez en quelques clics tarifier votre offre et éditer toutes les pièces indispensables à la concrétisation de vos souscriptions.

Pour obtenir vos codes d'accès, contactez votre conseiller courtage directement sur :

<http://www.mgp-courtage.com>

## LES DOCUMENTS A VOTRE DISPOSITION

### >>> La plaquette produit

- De la gamme Cap Entreprises

### >>> Les documents d'adhésion pour l'entreprise

- Le contrat constitué par :
  - le bulletin d'adhésion Entreprise et l'autorisation de prélèvement,
  - les Conditions Particulières et les Conditions Générales,
  - la garantie souscrite,
- Les statuts de la Mutuelle Générale de Paris,

### >>> Les documents d'adhésion pour le salarié

- La fiche d'adhésion santé,
- La notice d'information et le tableau des prestations,
- Les statuts de la Mutuelle Générale de Paris.

## VOTRE RESPONSABLE COURTAGE MUTUELLE GENERALE DE PARIS

Nom : LEHMANN

Prénom : Patrick

Tél. : 01 43 22 56 00

E-mail : [p.lehmann@mutuelledeparis.fr](mailto:p.lehmann@mutuelledeparis.fr)



Mutuelle Générale de Paris 14, rue Coquillière 75001 Paris  
Tél. : 01 43 22 56 00 – Fax : 01 43 22 24 52 – <http://www.mutuelle-generale-paris.fr>  
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée au RNM n° 302 976 592

Ceci est un document non contractuel susceptible d'être modifié à tout moment. juin 2010