

La Vice-Présidente

Affaire suivie par **Mme Aline LOUCHART**,
Directrice Cohésion sociale et santé
03 21 61 50 00 – poste 1287,
aline.louchart@bethunebruay.fr
Réf. : VS/CQ/CL/AL/CW/2025-062

MONSIEUR DENIS PREVOST
HÔTEL DE VILLE
RUE DE QUERNES
62120 LAMBRES-LEZ-AIRE

OBJET : Mutuelle Pour Tous

Béthune, le 28 novembre 2025

Madame le Maire,
Monsieur le Maire,

Depuis début 2023, la Communauté d'Agglomération Béthune Bruay Artois Lys Romane est partenaire de la Mutuelle Just dans le cadre du déploiement d'une Mutuelle pour tous. Ce partenariat permet aux habitants des communes adhérentes de bénéficier d'une offre de complémentaire santé qui allie garanties de qualité sur les principaux postes de dépenses de santé (cf. pièce jointe) et tarifs avantageux grâce à la force du collectif.

A ce jour, 62 communes se sont engagées dans cette démarche, permettant ainsi à leurs habitants de bénéficier de cette offre de complémentaire santé à tarifs avantageux.

Vous trouverez en pièce jointe un bilan actualisé de ce partenariat. A ce jour, 4280 personnes de notre territoire sont protégées auprès de la Mutuelle Just. Sur les 12 derniers mois, la Mutuelle a enregistré 1200 nouveaux adhérents dont 51% qui ne disposaient de complémentaire santé. Ce dispositif répond donc pleinement à l'objectif de réduire le nombre de nos habitants sans mutuelle.

Par le présent courrier, je souhaite vous partager quelques actualités liées à ce partenariat : Comme vous le savez, la convention qui nous lie à la Mutuelle Just prévoyait une augmentation annuelle plafonnée des cotisations à 5% entre 2023 et 2025. Pour 2026, la Mutuelle Just nous a récemment confirmée que l'augmentation des cotisations sera contenue à 5% (en dehors des augmentations classiques liées à l'âge). La grille de garanties restera inchangée.

.../...

Toute correspondance est à adresser à Monsieur le Président

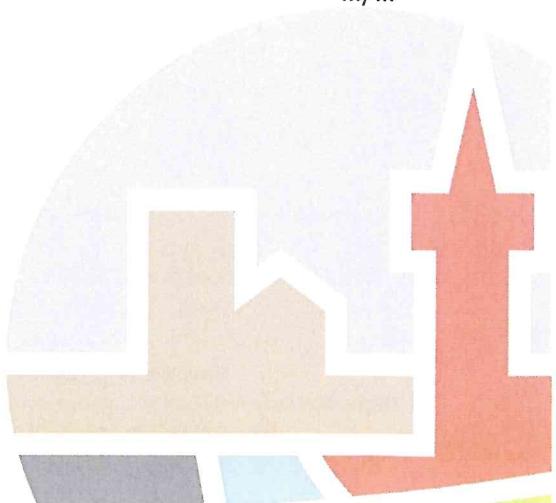
Communauté d'Agglomération de Béthune-Bruay, Artois Lys Romane

Siège : Hôtel Communautaire 100, avenue de Londres

C.S. 40548 - 62411 BETHUNE Cedex

Tél. : 03.21.61.50.00 | **Fax** : 03.21.61.35.48 | **E-mail** : contact@bethunebruay.fr

www.bethunebruay.fr





Par ailleurs, je vous informe que l'agence de Béthune de la Mutuelle Just a déménagé ; l'adresse de celle-ci est désormais située au 7 Place Clémenceau 62400 Béthune. Cette agence accueille sans RDV entre 9h et 12h30 et sur RDV de 14h à 17h30.

La communication est la clé de la réussite de ce partenariat. Aussi, je vous invite à vous saisir des kits de communication mis à votre disposition par la Mutuelle Just et la Communauté d'Agglomération pour informer régulièrement les habitants de vos communes.

Mme Aline LOUCHART, Directrice Cohésion Sociale et Santé, reste à votre disposition pour toute précision.

Je vous prie de croire, Madame le Maire, Monsieur le Maire, en l'expression de mes cordiales salutations.

Par délégation du Président Olivier GACQUERRE,
La Vice-Présidente en charge de la santé
Et de l'action sociale,



Virginie SOUILLIART



LA BELLE VILLE

Contrats responsables* et 100% santé



Prestations en vigueur à partir du 01/01/2025. Nos garanties sont exprimées en pourcentage du tarif de base de la Sécurité Sociale. Les taux incluent le remboursement de la Sécurité Sociale. Les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables.

Nickel	Cuivre	Bronze	Argent	Or	Platine	Titane
Non responsable						



SOINS COURANTS ⁽²⁾

Honoraires médicaux, radiologie, si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	100%	125%	150%	200%	250%
Honoraires médicaux, radiologie, si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	100%	105%	130%	180%	200%
Participation forfaitaire sur les actes supérieurs à 120 €	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de biologie	100%	100%	100%	125%	150%	200%	250%
Médicaments	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Consultations de psychologues remboursées par la SS (dans la limite de 12 séances par an)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Orthopédie et appareillage acceptés SS - hors prothèses audio, dentaire et optique	100%	100%	100%	100%	125%	150%	250%
Forfait prothèses et accessoires d'orthopédie (acceptés ou non) ⁽¹⁾⁽⁵⁾ hors prothèses audio, dentaire et optique	-	-	-	150 € / an / bénéf.	200 € / an / bénéf.	300 € / an / bénéf.	300 € / an / bénéf.



HOSPITALISATION ^{(2)(2BIS)}

Honoraires si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	100%	125%	150%	200%	250%
Honoraires si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	100%	105%	130%	180%	200%
Frais de séjour, auxiliaires médicaux et examens de biologie	100%	100%	100%	125%	150%	200%	250%
Forfait journalier hospitalier illimité	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (services spécialisés)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Participation forfaitaire sur les actes supérieurs à 120 €	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse
Forfait patient urgences ⁽⁶⁾	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Transports remboursés par la SS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière limitée à 60 jours / an / bénéficiaire (hors services spécialisés) ⁽¹⁾⁽⁵⁾	-	-	40 € / jour	50 € / jour	70 € / jour	80 € / jour	90 € / jour
Chambre particulière limitée à 30 jours / an (services spécialisés) ⁽¹⁾⁽⁵⁾	-	-	40 € / jour	50 € / jour	70 € / jour	80 € / jour	90 € / jour
Frais pour l'accompagnant d'un enfant de moins 16 ans hospitalisé (hors services spécialisés) ⁽⁵⁾	-	-	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour
Forfait confort hospi : Télévision, connexion internet, téléphone - non intégrés dans la chambre particulière et limité à 60 jours/an ⁽¹⁾	-	-	-	3 € / jour	6 € / jour	9 € / jour	12 € / jour
Cure thermale : forfait thermal uniquement si la cure est remboursée SS	-	-	100%	150%	150%	150%	200%
Cure thermale : hébergement et transport remboursés SS - frais d'hydrothérapie remboursés SS ⁽¹⁾	-	-	-	50 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire



Forfaits optiques fixés pour une prise en charge sur un équipement complet (monture + verres) par périodes de deux ans pour les adultes, d'une année pour les assurés de moins de 16 ans et de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. En cas d'évolution de la vue, la période est réduite à une année pour l'adulte.

Classe A : panier 100 % santé dans la limite des PLV ⁽³⁾

Monture, verres, supplément filtre, prestations d'appairage et d'adaptation	-	Frais réels					
Classe B : autre que le 100 % santé ⁽³⁾ Monture plafonnée à 100 €							
Monture avec 2 verres simples	-	50 € / bénéf.	100 € / bénéf.	150 € / bénéf.	200 € / bénéf.	250 € / bénéf.	300 € / bénéf.
Ou monture avec un verre simple et un verre complexe	-	125 € / bénéf.	150 € / bénéf.	200 € / bénéf.	250 € / bénéf.	300 € / bénéf.	350 € / bénéf.
Ou monture avec un verre simple et un verre très complexe	-	125 € / bénéf.	175 € / bénéf.	225 € / bénéf.	275 € / bénéf.	325 € / bénéf.	375 € / bénéf.
Ou monture avec 2 verres complexes	-	200 € / bénéf.	200 € / bénéf.	250 € / bénéf.	300 € / bénéf.	350 € / bénéf.	400 € / bénéf.
Ou monture avec un verre complexe et un verre très complexe	-	200 € / bénéf.	250 € / bénéf.	300 € / bénéf.	350 € / bénéf.	400 € / bénéf.	450 € / bénéf.
Ou monture avec 2 verres très complexes	-	200 € / bénéf.	275 € / bénéf.	325 € / bénéf.	375 € / bénéf.	425 € / bénéf.	475 € / bénéf.
Prestation d'adaptation par équipement (si la prestation est associée à la prise en charge d'un équipement optique)	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Et lentilles acceptées SS ⁽¹⁾

Et lentilles acceptées SS ⁽¹⁾	-	100%	100% + 50 € / an / bénéf.	100% + 100 € / an / bénéf.	100% + 150 € / an / bénéf.	100% + 200 € / an / bénéf.	100% + 250 € / an / bénéf.
Ou lentilles cornéennes non remboursées SS ⁽¹⁾⁽⁵⁾	-	-	50 € / an / bénéf.	100 € / an / bénéf.	150 € / an / bénéf.	200 € / an / bénéf.	250 € / an / bénéf.

Chirurgie laser de l'œil

Classe I : équipements 100 % santé dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Classe II : équipements hors 100% santé							
Aide auditive / oreille	-	100% par oreille tous les 4 ans	100% par oreille tous les 4 ans	100% + au-delà du TM 150 € par oreille tous les 4 ans	100% + au-delà du TM 200 € par oreille tous les 4 ans	100% + au-delà du TM 300 € par oreille tous les 4 ans	100% + au-delà du TM 400 € par oreille tous les 4 ans
Le remboursement (Prise en charge SS, ticket modérateur et supplément) est plafonné à 1700 € / aide auditive ⁽⁴⁾	-						
Accessoires & entretien prothèses auditives remboursés SS	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%



AIDES AUDITIVES

La Mutuelle Just est soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité. Siège social : 53, avenue de Verdun - CS 30259 59306 VALENCIENNES CEDEX - N°SIREN 783 864 150.



just.fr | f in

0 809 546 000 Service gratuit + prix appel

Nickel	Cuivre	Bronze	Argent	Or	Platine	Titane
--------	--------	--------	--------	----	---------	--------

Non responsable



DENTAIRE

Soins et prothèses 100% santé dans la limite des HLF	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins et prothèses hors 100% santé, remboursés SS	-					
Soins dentaires, actes techniques, chirurgie, radiologie, parodontologie	-	100%	125%	150%	175%	200%
Inlay-onlay, prothèses dentaires panier tarif maîtrisé dans la limite des HLF	-	100%	125%	150%	175%	200%
Inlay-onlay, prothèses dentaires et implants dentaires panier tarif libre	-	100%	125%	150%	175%	200%
Orthodontie acceptée SS	-	100%	125%	150%	175%	200%
Orthodontie refusée SS (1)(5)	-			150 € / semestre (300 € / an)	200 € / semestre (400 € / an)	250 € / semestre (500 € / an)
						300 € / semestre (600 € / an)

VOTRE FORFAIT PRESTIGE

actes non remboursés SS (1)(2)(5)

Nickel	Cuivre	Bronze	Argent	Or	Platine	Titane
Sport Santé bilan de santé - capacités physiques (maximum 3 bilans par an) & séances collectives dans les structures labellisées sport santé (5)		Acupuncteur, ostéopathe, homéopathe, chiropracteur, étiopathie, diététicien, nutritionniste, sophrologue, réflexologue				
Cryothérapie		Huiles essentielles, homéopathie				
Psychologue et Psychothérapeute		Bilan nutritionnel, diagnostic (enfant de moins de 12 ans)				
Contraception		Éternelle Jeunesse (Concerne les traitements et stimulants liés aux déficits et dysfonctionnements sexuels)				
Pédicure, podologue		Amniocentèse				

VOTRE FORFAIT PRÉVENTION (1)(5)

En plus des actes remboursés SS prévus par les contrats responsables (100% BR)

Nickel	Cuivre	Bronze	Argent	Or	Platine	Titane
Sevrage tabagique : médicaments d'aide à l'arrêt du tabac		Traitement Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA) prescrit par un médecin et non pris en charge par la Sécurité Sociale				
Vaccins anti-grippe et vaccins non pris en charge		Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non pris en charge par la Sécurité Sociale				

VOTRE FORFAIT E-SANTÉ (1)(5)

Téléassistance, télé-alarme

PRIMES & AIDES EXCEPTIONNELLES

Nickel	Cuivre	Bronze	Argent	Or	Platine	Titane
Non responsable						
Prime de Mariage / Pacs	-	-	100 €	125 €	150 €	200 €
Prime de naissance / adoption (7)	-	-	75 €/enfant	100 €/enfant	125 €/enfant	150 €/enfant
Aide à la procréation fécondation in vitro (8)	-	-	100 €/an	150 €/an	200 €/an	250 €/an
Aide à la procréation médicale assistée (9)	-	-	100 €/an	150 €/an	200 €/an	250 €/an

Inclus dans votre contrat (8)

Accès au service de téléconsultations Médecin Direct (9)	
Just'assistance (aides ménagères en cas d'hospitalisation, service à la personne, acheminement des médicaments, assistance perte d'autonomie) et protection juridique (10)	
Sport sur ordonnance (ALD Sport) (11)	

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique. PLV : Prix Limite de Vente. HLF : Honoraires Limites de Facturation. SS : Sécurité Sociale. TM : Ticket Modérateur. Bénéf. : bénéficiaire. ** Remboursement de la licence sportive à hauteur de 40€ par année et par bénéficiaire sur présentation d'une attestation ou d'une facture du club ou de l'association concerné(e). Règlement sur justificatif.

Toutes les garanties de la présente plaquette sont solidaires et responsables à l'exception de la garantie « Nickel » qui ne respecte pas les dispositions de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale. Cette dernière est par conséquent soumise à un taux de taxe de solidarité additionnelle majoré et ne peut bénéficier des avantages sociaux et fiscaux attachés auxdits contrats. Toutes les garanties de la présente plaquette, indépendamment de leur caractère solidaire et responsable ou non, ne prennent pas en charge :

La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé(e) par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;

Les majorations de participation de l'assuré ou les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soin ;

Dès que cette réglementation entrera en vigueur, la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas au médecin l'accès à son dossier médical

Les franchises médicales annuelles mentionnées au III de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale applicables sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires dans les conditions définies également notamment celles relatives aux plafonds et exonérations.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du Code de la Sécurité sociale.

1) L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (1), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, par année civile, à savoir au 1er janvier de chaque année.

2) Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO et prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, sont limités doublement de la manière suivante : limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.

2bis) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles et l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale.

3) L'annualité ou la pluriannualité, s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, à compter de la date de livraison du dernier dispositif. Les forfaits optiques incluent la participation de la sécurité sociale.

L'adhérent peut toujours choisir des équipements de classes différentes :

• Verres Classe A (100% santé) + monture Classe B (tarif libre) => Prise en charge intégrale des verres dans le respect des PLV 100% santé et pour la monture dans la limite du plafond autre que 100% santé correspondant à la correction de l'équipement acquis, déduction faite des coûts des verres et dans la limite de 100 €.

• Verres Classe B (autre 100% santé) + monture Classe A (100% santé) => Prise en charge des verres dans la limite du plafond de la Classe B correspondant à la correction de l'équipement acquis, déduction faite du coût de la monture et pour la monture prise en charge intégrale dans le respect des PLV.

• 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, les garanties peuvent couvrir une prise en charge de leurs équipements, sur la période correspondant à son cas, corrigeant chacun un des deux déficits. Les règles de ouverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considérés individuellement.

Selon l'arrêté du 09/04/2019 pour la Classe B : Prix unitaire unique 0,05 € par verre et 0,05 € pour la monture. Remboursement dans la limite des montants définis à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

(4) Le forfait inclut le remboursement de la Sécurité Sociale et le ticket modérateur (TM). Le renouvellement s'effectuera par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment. Les aides auditives sont remboursées à 60% par le régime obligatoire sur la base d'un tarif unitaire fixé et plafonné à 1700 €/aide auditive.

(5) Sur présentation de facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire.

(6) Dans la limite du forfait réglementé en vigueur.

(7) Sous réserve que l'enfant soit affilié au contrat dans les 2 mois suivant sa naissance.

(8) Fonctionnement et notices sur justificatif.

(9) Service assuré par Teladoc Health France, SAS, capital 87 100 euros, RCS 508 346 673, 2 rue de Choiseul, 75002 Paris, plateforme de téléconsultation disponible 7j/7 et 24h/24 sur <https://medecindirect.fr> ou via l'application mobile.

(10) Garantie assurée auprès de Filassistance International, SA, capital 4100000€, RCS 433 012 689, entreprise régie par le Code des Assurances, 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex et pour la protection juridique par A.C.D.R, Société d'assurance Mutuelle, entreprise régie par le code des Assurances, 53 Avenue de Verdun, 59300 Valenciennes, SIREN 318 084 902 et gérée par le GIE Civis. SIREN 323 267 740, 90 Avenue de Flandre, 75019 Paris.

(11) Service assuré par SIEL BLEU, association déclarée, RNA n°415 381 987, 42 rue de Krutenau, 67000 Strasbourg