

LMP HOSPITALIS+

Garantie 2026

MA MUTUELLE ET MOI, LE CHOIX DE LA PROXIMITÉ

MUTUELLE LMP

MA MUTUELLE À MES CÔTÉS

GARANTIE NON RESPONSABLE 2026

% de remboursement exprimé en BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité Sociale) incluant la prise en charge de la Sécurité Sociale dans la limite des frais réels.

La garantie proposée est dite " non responsable ". L'ensemble de la garantie s'entend dans le respect du parcours de soins.
Les forfaits sont alloués par bénéficiaire et par année civile, sauf mention contraire. La Mutuelle intervient dans la limite des frais engagés.

Hospitalisation

	Taux Sécurité Sociale	SS + LMP HOSPITALIS+
Frais de séjour	80% à 100%	100%
Honoraires Chirurgiens / Anesthésistes en ou hors OPTAM / OPTAM-ACO (1)	80% à 100%	150%
Forfait journalier hospitalier En médecine, chirurgie et obstétrique	-	Frais réels
Forfait sur les actes lourds	-	Frais réels
Forfait Patient Urgences	-	Frais réels
Transport	55%	100%
Chambre particulière - Délai d'attente de 3 mois sauf en cas d'accident En médecine, chirurgie et obstétrique	-	45€/jour, limité à 30 jours/an
Lit accompagnant - Délai d'attente de 3 mois sauf en cas d'accident Uniquement pour les accompagnants d'enfants âgés de - de 12 ans ou d'adultes âgés de + de 70 ans	-	45€/jour, limité à 30 jours/an
Confort hospitalier Téléphone, Télévision, Casque audio, Wifi, Presse, Parking, Blanchisserie	-	4€/jour, limité à 30 jours/an
Assistance en cas d'hospitalisation Garde d'enfants, assistance ménagère, soutien scolaire, garde d'animaux (voir conditions Filassistance)	-	Inclus
PREVIFIL Téléassistance gratuite pendant 3 mois post hospitalisation ou accident (voir conditions Filassistance)	-	Inclus

(1) OPTAM (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : Ce dispositif s'applique aux actes et soins réalisés par des médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée pour l'Anesthésie, la Chirurgie et l'Obstétrique). Il vise à encadrer les dépassements d'honoraires. Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à limiter leurs dépassements et à pratiquer des tarifs plus modérés.

Soins courants

		Taux Sécurité Sociale	SS + LMP HOSPITALIS+
Honoraires médicaux Généralistes, Spécialistes, Visites en ou hors OPTAM / OPTAM-ACO	En parcours de soins	70%	100%
	Hors parcours de soins	30%	60%
Honoraires médicaux Actes techniques médicaux et actes d'imagerie médicale (radio, scanner, IRM...)	En parcours de soins	70%	100%
	Hors parcours de soins	30%	60%
Analyses et examens de laboratoire		60%	100%

Soins courants		
	Taux Sécurité Sociale	SS + LMP HOSPITALIS+
Téléconsultation MEDAVIZ 24/7 Consultations généralistes et 21 spécialités incluses et accessibles à toutes les personnes protégées 7j/7, 24h/24, délivrance d'ordonnance	-	**Inclus**

Les + LMP	
	LMP HOSPITALIS+
Fonds de secours	**Inclus**
Deuxiemeavis.fr Obtenez l'avis d'un médecin expert de votre problème de santé	**Inclus**
Services digitaux Application mobile, extranet personnalisé, paiement en ligne, newsletter	**Inclus**
Bulletin d'information RECIPROQUE	**Inclus**

Retrouvez toutes les informations sur https://www.mutuellelmp.fr/nos-offres/nos-services-additionnels

CONTRAT NON RESPONSABLE [2] - LMP HOSPITALIS+

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

[1] en euros à effet du 24 septembre 2026.

Exemples de remboursements - LMP HOSPITALIS+ (Hospitalisation)					
HOSPITALISATION	**Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé**	**Base de Remboursement de la sécurité sociale (BR)[3]**	**Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO)**	**Remboursement Assurance Maladie Complémentaire (AMC)**	**Reste à charge**
Forfait journalier hospitalier (hébergement, hors service psychiatrique)	**23,00 €***	**0,00 €**	**0,00 €**	**23,00 €**	**0,00 €**
Forfait journalier hospitalier (hébergement, en service psychiatrique)	**17,00 €***	**0,00 €**	**0,00 €**	**NC**	**17,00 €**
Chambre particulière (sur demande du patient)	**Non connu (NC)**	**Non remboursé**	**Non remboursé**	**45,00 €**	**NC**
SÉJOURS AVEC ACTES LOURDS L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	**Différent selon public/privé**	**BR**	**BR - 32,00 € ******	**32,00 €**	**0,00 €**
Frais de séjour en secteur privé	**838,98 €**	**838,98 €**	**806,98 €**	**32,00 €**	**0,00 €**

Exemples de remboursements - LMP HOSPITALIS+ (Hospitalisation)

HOSPITALISATION	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de Remboursement de la sécurité sociale (BR)[3]	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Remboursement Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	**Dépassements maitrisés**	**BR**	**100 % BR**	**Dépassements si prévus au contrat**	**Selon contrat**
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	**443,00 €**	**271,70 €**	**271,70 €**	**171,30 €**	**0,00 €**
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	**Honoraires libres**	**BR**	**100 % BR**	**Dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	**486,00 €**	**271,70 €**	**271,70 €**	**190,19 €**	**24,11 €**
SÉJOURS SANS ACTE LOURD L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	**Différent selon public/privé**	**BR**	**80 % BR**	**20 % BR**	**0,00 €**
Frais de séjour en secteur public	**3754,00 €**	**3754,00 €**	**3003,20 €**	**750,80 €**	**0,00 €**

Exemples de remboursements - LMP HOSPITALIS+ (soins courants)

SOINS COURANTS	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de Remboursement de la sécurité sociale (BR)[3]	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Remboursement Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	**Tarif de convention**	**BR**	**70% BR - 2€**	**30% BR**	**2€ de participation forfaitaire**
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patien de plus de 18 ans	**30,00 €**	**30,00 €**	**19,00 €**	**9,00 €**	**2€ de participation forfaitaire**
ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	**35,00 €**	**35,00 €**	**24,50 €**	**10,50 €**	**0,00 €**
ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	**40,00 €**	**40,00 €**	**26,00 €**	**12,00 €**	**2€ de participation forfaitaire**

Exemples de remboursements - LMP HOSPITALIS+ (soins courants)

SOINS COURANTS	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de Remboursement de la sécurité sociale (BR)[3]	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Remboursement Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	**Dépassements maîtrisés**	**BR**	**70% BR - 2€**	**30% BR + dépassement si prévu au contrat**	**2€ de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat**
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 6 ans	**50,00 €**	**35,00 €**	**24,50 €**	**10,50 €**	**15,00 €**
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	**53,00 €**	**40,00 €**	**26,00 €**	**12,00 €**	**15,00 €**
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	**Honoraires libres**	**BR**	**70% BR - 2€**	**30% BR + dépassement si prévu au contrat**	**2€ de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat**
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	**62,00 €**	**23,00 €**	**16,10 €**	**6,90 €**	**39,00 €**
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	**66,00 €**	**23,00 €**	**14,10 €**	**6,90 €**	**45,00 €**

[1] Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.
[2] Les contrats sont dits « non responsables » quand ils ne respectent pas des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge.
Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'Assurance Maladie Obligatoire.
[3] La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'Assurance Maladie Obligatoire ne rembourse, dans la plupart des cas, qu'un % de la BR à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'Assurance Maladie Obligatoire.
* Depuis le 01 mars 2026, le montant du forfait hospitalier est fixé à 23€ par jour et à 17€ par jour en cas d'hospitalisation dans un service psychiatrique.
** Depuis le 01 avril 2026, le montant de la participation forfaitaire s'élève à 32€.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'Assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation, mais ils vous permettent de comprendre, de choisir ou de comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui, seuls, engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'Assurance Maladie Obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'Assurance Maladie Obligatoire édicté par l'UNOCAM.
https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/