

FORMULE CONFORT +

**Vous avez
fait le choix
de la formule
Confort +**
pour mieux vivre
au quotidien



La mutuelle qui va bien

LMP 
LES MÉNAGES PRÉVOYANTS
Santé • Prévoyance • Prévention

REMBOURSEMENTS

Découvrez les garanties de la formule Confort +

L'ensemble des garanties 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.



Avantage couple
10% de réduction pour le conjoint en cas d'adhésion, sur un même dossier, d'un couple marié, en concubinage ou pacsé.



Avantage famille
Cotisation gratuite pour le 3ème enfant ayant droit et les suivants, sur un même dossier, jusqu'à leurs 18 ans.



Bonus fidélité en optique
report du forfait lunettes et lentilles de 50% si non utilisé dans l'année civile précédente.

Garanties applicables au 1^{er} Janvier 2021 % exprimé en BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité Sociale)

Soins courants		Taux sécurité sociale	
Honoraires médicaux (<i>généralistes, spécialistes, visites</i>)	En parcours de soins	70%	200%
	Hors parcours de soins	30%	60%
Honoraires médicaux (<i>actes techniques médicaux</i>)	En parcours de soins	70%	100%
	Hors parcours de soins	30%	60%
Honoraires paramédicaux (<i>soins infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc</i>)		60%	100%
Analyses et examens de laboratoire		60%	100%
Médicaments (<i>pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>)		15% à 65%	100%
Matériel médical (orthopédie ou petit appareillage)		60%	200%
Vaccins (<i>non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>)		-	Frais réels
Cures thermales prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (<i>forfait versée uniquement sur présentation de la facture nominative des frais d'hébergement</i>)		65%	100% + 300€ / an
Soins à l'étranger (<i>pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>)		70%	100%
Dentaire			
Soins (<i>pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>)		70%	100%
Prothèses (<i>pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>) (<i>plafond annuel part mutuelle</i>)		70%	300% 2000€ la 1 ^{ère} année 4000€ dès la 2 ^{ème} année
Actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (<i>dents provisoires, rebasage, orthodontie adulte non remboursée, implants, hors parodontologie</i>)		-	210€ / an
Orthodontie (<i>-16 ans pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>)		100%	350%
Optique (<i>Report du forfait lunettes et lentilles de 50% si non utilisé dans l'année civile précédente (voir les conditions dans le Règlement Mutualiste)</i>)			
Equipement optique (<i>2 verres + 1 monture</i>)	Adultes	60%	100% + 350€ / an
	Enfants < à 16 ans	60%	100% + 175€ / an
Lentilles (<i>prises en charge ou non par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>)	Adultes	60%	100% + 170€ / an
	Enfants < à 16 ans	60%	100% + 110€ / an
Aides auditives			
Aides auditives (<i>limité à 2 prothèses par an</i>)		60%	100% + 600€ / an

Formule

Confort +

sécurité sociale + LMP

Hospitalisation			
Frais de séjour		80%	100%
Honoraires (<i>chirurgiens / anesthésistes</i>)		80%	200%
Forfait journalier hospitalier (*en médecine, chirurgie et obstétrique)	en MCO*	-	Frais réels / illimité / an
	hors MCO	-	Frais réels / 50jrs / an
Chambre particulière (*en médecine, chirurgie et obstétrique)	en MCO*	-	80€ / 80jrs / an
	hors MCO	-	60€ / 60jrs / an
Chirurgie oculaire (<i>glaucome, DMLA hors compléments alimentaires, cataracte</i>)		-	250€/an
Forfait sur les actes lourds		-	Frais réels
Transports, Ambulances		65%	100%
Appareillage			
Prothèses mammaires (<i>limité à 2 prothèses par an</i>)		100%	100% + 300€ / an
Prothèse capillaire (<i>limité à une prothèse par an</i>)		100%	100% + 300€ / an
Actes de prévention			
Détartrage (<i>une fois par an</i>)		70%	100%
Dépistage des troubles de l'audition (<i>pour les personnes âgées de + de 50 ans, tous les 5 ans</i>)		70%	100%
Les + LMP			
Ostéodensitométrie (<i>non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>)		-	20€ / an
Consultation Podologue - Pédicure (<i>non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>)		-	60€ / an
Médecines douces (<i>ostéopathie, chiropraxie, étioopathie, acupuncture, homéopathie, non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>)		-	40€ / 4 séances / an
Assistance santé et vie quotidienne		-	Inclus
Commission de fonds de secours		-	Inclus
Services digitaux (<i>application mobile, extranet personnalisé, téléconsultation, newsletter</i>)		-	Inclus
Réseau de soins Carte Blanche		-	Inclus
Bulletin d'information trimestriel RECIPROQUE		-	Inclus

Cotisations mensuelles par personne

0 - 18 ANS	65,50€
19 - 39 ANS	99,20€
40 - 59 ANS	128,60€
60 - 69 ANS	146,00€
70 - 79 ANS	170,70€
80 ANS ET +	199,10€

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS CONFORT +

Les exemples ci-dessous s'appliquent à la situation la plus courante. Les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont les suivantes : Patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés. Les niveaux et limites des remboursements sont détaillés dans le tableau des garanties.

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire	Remboursement de l'Assurance Maladie Complémentaire (Mutuelle LMP)	Reste à charge	Précisions éventuelles
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00€	0,00€	20,00€	0,00€	Tarif réglementaire (forfait journalier en médecine, chirurgie et obstétrique)
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00€	271,70€	159,30€	0,00€	Prix moyen national de l'acte. Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24€, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie.
Optique					
Equipement optique : Monture + 2 verres unifocaux	345,00€	0,09€	344,91€	0,00€	Prix moyen national de l'acte (Verres simples)
Dentaire					
Détartrage	28,92€	20,24€	8,68€	0,00€	Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	538,70€	84,00€	276,00€	178,70€	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaire	538,70€	75,25€	247,25€	216,20€	Prix moyen national de l'acte
Aides auditives					
Aide auditive par oreille	1 476,00€	240,00€	760,00€	476,00€	Prix moyen national de l'acte
Soins courants					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00€	16,50€	7,50€	1,00€	Tarif conventionnel Reste à votre charge la participation forfaitaire de 1€
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00€	20,00€	9,00€	1,00€	Tarif conventionnel Reste à votre charge la participation forfaitaire de 1€
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres	56,00€	15,10€	29,90€	11,00€	Prix moyen national de l'acte dont la participation forfaitaire de 1€ qui reste à votre charge

RENFORT

Pour se sentir
encore plus fort
avec des renforts
nous sommes là.

Les Renforts se concentrent sur les dépenses de santé les plus élevées. La sécurité sociale n'offrant qu'une prise en charge faible, le reste à charge pour l'adhérent devient important. Nos renforts sont accessibles aux adhérents qui souscrivent à l'une des formules Confort ou Confort+



Renfort
Dépassements
d'honoraires
Hospitalisation

13€³⁰
par mois/personne

+25% BRSS*

Dépassements des consultations
et des actes techniques médicaux

+25% BRSS*

Honoraires des chirurgiens
et/ou des anesthésistes

+80€/AN

Chambre particulière tous services

+25€/AN

Confort hospitalier⁽¹⁾

+50€/AN

Lit accompagnant toutes personnes
et tous âges confondus

(1) Télévision, Téléphone, Wifi, Forfait pour aide aux devoirs ou frais de garde en cas d'hospitalisation des parents, Aide-ménagère, Auxiliaire de vie, Facture parking le jour d'arrivée et/ou le jour de départ de l'hôpital.

* BRSS : Base de Remboursement de la sécurité sociale

Renfort
Dentaire
Optique
Auditif

14€³⁰

par mois/personne

+30% BRSS*

Prothèses dentaires⁽²⁾

+150€/AN

Implant - parodontologie
orthodontie adulte

+50€/AN

Forfait lunettes ou lentilles

+150€/AN

Forfait chirurgie oculaire⁽³⁾

+75€/AN

Forfait auditif⁽⁴⁾

(2) En complément et dans la limite du plafond de la formule de base choisie

(3) Glaucome, DMLA y compris les compléments alimentaires, Cataracte, Myopie

(4) Achat de piles, forfait révision, embout.

Renfort
Prévention
Bien-être

12€³⁰

par mois/personne

150€

Forfait pour la prévention et le bien-être⁽⁵⁾

Le droit aux prestations est acquis
dès l'adhésion après un délai de carence
de 3 mois pour ce renfort uniquement.

(5) Permet de disposer d'une participation forfaitaire pour les prestations suivantes dans la limite des frais engagés :

- Consultations non remboursées : ostéopathe, acupuncteur, homéopathe, nutritionniste, diététicien, pédicure, podologue, réflexologue, chiropracteur, étioathe, naturopathe, auriculothérapeute, mésothérapeute, shiatsu, sophrologue, phytothérapeute, aromathérapeute, psychologue,
- Contraceptifs non remboursés, traitement de la ménopause, traitement de l'impuissance, traitement des troubles de l'érection,
- Aide à la naissance : Fécondation In Vitro, amniocentèse non remboursée, tests de grossesse, tests d'ovulation,
- Médicaments prescrits non remboursés par la sécurité sociale,
- Thalassothérapie,
- Inscription à des associations sportives et clubs sportifs,
- Tensiomètre agréé AFSSAPS, protection incontinence,
- Sevrage tabagique : substituts nicotiniques sur prescription médicale et avec la présentation de la facture.
- Diagnostic sécurité, adaptation du logement.

Cumulez
les renforts
pour y gagner
encore !

2 renforts

24€⁵⁰

par mois/personne

3 renforts

35€⁸⁰

par mois/personne

En cas de souscription d'un ou plusieurs renforts, la cotisation liée aux renforts vient s'ajouter à celle de la formule « Confort » ou « Confort+ ». Le choix de l'adhésion à un renfort est individuel. L'adhérent peut choisir pour lui et chacun de ses ayants droit inscrit au bulletin d'adhésion l'adhésion ou non à un ou plusieurs renforts.

Mutuelle Les Ménages Prévoyants

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle Les Ménages Prévoyants - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - N°SIREN 785 151 689 - Immatriculée en France - Siège social : 7 - 11 rue Albert Sarraut - 78000 Versailles

PRODUIT : **CONFORT +**



Ce document d'information vous indique toutes les caractéristiques principales de la garantie et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. En complément, vous trouverez l'information complète sur ce produit dans les documents pré contractuels et contractuels. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garantie.

DE QUEL TYPE D'ASSURANCE S'AGIT-IL ?

Le produit d'assurance complémentaire santé **CONFORT +** est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels ayants droits en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément de la sécurité sociale française.

Ce produit est « non responsable ».



QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

Certains montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau des garanties. Les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut éventuellement rester à la charge de l'adhérent.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires médicaux ou chirurgicaux, frais de séjour, forfait journalier illimité, chambre particulière, transport
- ✓ **Soins courants** : consultations, visites médecins, honoraires médicaux, pharmacie, vaccins, analyses médicales, examens radiologiques, auxiliaires médicaux, soins à l'étranger, cures thermales remboursées par la sécurité sociale
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie, actes non remboursés par la sécurité sociale (dent provisoire, rebasage, orthodontie adulte, implant, hors parodontologie)
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture + verres), lentilles, chirurgie oculaire (glaucome, DMLA hors complément alimentaire, cataracte)
- ✓ **Dispositifs médicaux** : prothèses auditives, prothèse capillaire, prothèses mammaires, orthopédie, petit appareillage
- ✓ **Prévention/bien-être** : ostéodensitométrie, médecines alternatives, consultations pédicure, podologue non remboursées par la sécurité sociale

LES GARANTIES OPTIONNELLES

3 renforts pour une prise en charge optimale :

- ✓ Dépassements d'honoraires et hospitalisation
- ✓ Dentaires, optiques et auditifs
- ✓ Prévention et bien-être

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Actions prévention santé
- ✓ Fonds de secours
- ✓ Réseau de soins
- ✓ Tiers payant national
- ✓ Télétransmission selon régime (NOEMIE)
- ✓ Application mobile
- ✓ Espace web personnalisé
- ✓ Bulletin d'information trimestriel Réciproque
- ✓ Newsletter mensuelle

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Filassistance : assistance santé et vie quotidienne 24 heures/24 - 7 jours/7

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues à la couverture.



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les remboursements des dépenses de soins pour les personnes résidents à l'étranger non couvertes par la Sécurité Sociale
- ✗ La minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant / absence de médecin traitant)
- ✗ Les franchises médicales prévues à l'article L130-13 II du code de la Sécurité Sociale relatives aux médicaments, aux actes paramédicaux et au transport sanitaire



Y'A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

Ne sont pas pris en charge dans le cadre de la garantie :

- ! Les dépassements d'honoraires et soins hors nomenclature sauf si prévu au contrat
- ! Les séjours en maison de retraite et assimilés
- ! Les soins esthétiques et la thalassothérapie
- ! Les accidents scolaires, les accidents de travail et ceux causés par un tiers responsable ou par un sport pratiqué sous licence sportive

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation (honoraires médicaux)** : le plafonnement des dépassements d'honoraires est limité à 200% BRSS*
- ! **Forfait journalier** : frais réel hors MCO** limité à 50 jours par an
- ! **Chambre particulière** : forfait de 80€ par jour dans la limite de 80 jours par an en MCO et 60€ par jour dans la limite de 60 jours par an hors MCO
- ! **Optique** : forfait annuel verres et monture limité à 175€ (enfant -16 ans) et 350€ (adulte)
- ! **Prothèses dentaires** : prise en charge limitée à 300% BRSS plafonnée à 2000€ la 1^{ère} année et 4000€ dès la 2^{ème} année
- ! **Prothèses auditives** : forfait annuel de 600€ par prothèse (limité à 2 prothèses par an)
- ! **Médecines alternatives** : 4 séances par an et par bénéficiaire dans la limite de 40€ par séance

AUTRES RESTRICTIONS PRÉVUES AU CONTRAT

- ! **Fonds de secours** : voir conditions dans le règlement mutualiste
- ! **Filassistance** : voir conditions dans les documents pré contractuels

* BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

** MCO (Médecine, Chirurgie et Obstétrique)



OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- ✓ Remboursement des soins : en France Métropolitaine, DROM-COM (Département d'Outre-Mer, Collectivités d'Outre-Mer) et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, la Mutuelle prend en charge s'ils sont remboursés par la Sécurité sociale française, dans la limite du montant ou taux prévu par la garantie.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine de nullité du contrat ou de non garantie, l'adhérent devra :

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle,
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle,
- Régler la cotisation (selon la périodicité choisie) indiquée sur l'échéancier de paiement.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins,
- Informer la Mutuelle, par courrier, email ou via l'espace web personnalisé, dès la survenance de l'un des événements suivants : changement d'adresse, N'INSEE, mariage, naissance, etc.
- Régler la cotisation (selon la périodicité choisie) indiquée sur l'échéancier de paiement.

En cas de résiliation du contrat :

- Restituer les cartes de mutuelle



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

- ✓ Les cotisations sont exprimées en euros, s'entendent TTC et sont payables d'avance, par prélèvement automatique sur le compte bancaire de l'adhérent selon une échéance et des dates laissées au choix de l'adhérent : mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle à échéances du : 5, 10, 15, 20, 25 ou 30. Il ne peut être effectué de prélèvement sur les comptes d'épargne.
- ✓ Il appartient à l'adhérent n'ayant pas opté pour un prélèvement automatique de verser lui-même ses cotisations en début d'échéance, sans attendre de rappel. Les paiements par chèques ou virements sont autorisés uniquement pour les règlements de cotisations à échéance trimestrielle, semestrielle ou annuelle et doivent être effectués par avance, avant le 10 du premier mois de la périodicité choisie.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion du membre participant à la couverture de garanties prend effet, sous réserve des droits de renonciation le cas échéant applicables et de la réception par la Mutuelle de la demande d'adhésion, à la date librement fixée par l'adhérent, sur son bulletin d'adhésion, qui ne peut être antérieure à la date de signature du bulletin d'adhésion.

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année sauf résiliation par l'une des parties dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

- à votre initiative : cf. le paragraphe ci-après,
- à l'initiative de la mutuelle : en cas d'atteinte portée aux intérêts de la mutuelle et en cas de défaut de paiement de cotisation.



COMMENT PUIS-JE RÉSIPLIER LE CONTRAT ?

Le contrat est résiliable dans les cas conditions prévues au règlement mutualiste.

Pour tous les cas de résiliation, lorsque le membre participant souhaite dénoncer son adhésion, la notification à la Mutuelle peut être effectuée au choix de l'intéressé soit :

- par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique ;
- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- par acte extrajudiciaire ;
- par un mode de communication à distance lorsque le contrat a été conclu par ce mode de communication ;
- Par le biais de l'espace personnel de l'adhérent (*onglet : nous contacter/choisir le sujet de ma demande : résiliation*).

Résiliation annuelle : le membre participant peut résilier son adhésion, chaque année, au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours, soit avant le 31 octobre.

Conformément à l'article L.221-10-1 du Code de la Mutualité, le membre participant est informé de la date limite d'exercice de son droit à dénonciation de son adhésion dans l'avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant la date fixée, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Résiliation infra-annuelle : le membre participant peut dénoncer son adhésion après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.

Résiliation pour modification du risque assuré : En cas de survenance de certains événements (*changement de domicile, changement de situation matrimoniale, etc*) ayant une influence directe sur les risques garantis, il peut être mis fin à l'adhésion par le membre participant.

Résiliation en cas d'adhésion obligatoire à un contrat collectif : le membre participant doit joindre impérativement à sa demande de résiliation, l'attestation nominative de son employeur précisant le caractère obligatoire et la date d'effet de son adhésion à ce contrat.

La formule Confort+ est fait pour vous,
souscrivez dès maintenant !

REPLISSEZ ET RENVOYEZ-NOUS
LE FORMULAIRE D'ADHÉSION



MUTUELLE LMP

Agence de Versailles
11 rue Albert Sarraut,
78000 VERSAILLES

Agence de Vincennes
11 rue de la Paix,
94300 VINCENNES



mutuelleImp.fr
accueil@mutuelleImp.fr



Service clientèle
01 39 24 60 00