



**Vous avez
le choix
de la formule
pour couvrir les soins
indispensables**

**Essentielle
+**

FORMULE NON RESPONSABLE

Tableau de Garanties

Garanties non responsables applicables au 01 janvier 2022
% exprimé en BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité Sociale)
incluant la prise en charge de la SS

		Taux SS	SS + Essentielle +
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux Généralistes, Spécialistes, Visites	En parcours de soins	70%	100%
Actes techniques médicaux		70%	100%
Honoraires médicaux Généralistes, Spécialistes, Visites, Actes techniques médicaux	Hors parcours de soins	30%	60%
Honoraires paramédicaux Soins infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthophonistes, etc		60%	100%
Analyses et examens de laboratoire Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		60%	100%
Médicaments Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		15% à 65%	100%
Vaccins Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		-	Frais réels
Matériel médical Orthopédie ou petit appareillage pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		60%	100%
Soins à l'étranger Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		70%	100%
DENTAIRE			
Soins Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		70%	100%
Prothèses Prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		70%	125% Plafond limité à 500€ la 1 ^{ère} année Plafond limité à 1000€ dès la 2 ^{ème} année
OPTIQUE Report du forfait lunettes et lentilles de 50% si non utilisé dans l'année civile précédente (voir les conditions dans le Règlement Mutualiste)			
Equipement optique 2 verres + 1 monture	Adultes	60%	100% + 100€/an
	Enfants < à 16 ans	60%	100% + 75€/an
Lentilles Prises en charge ou non par l'Assurance Maladie Obligatoire	Adultes	60%	100% + 50€/an
	Enfants < à 16 ans	60%	100% + 30€/an

Garanties non responsables applicables au 01 janvier 2022
 % exprimé en BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité Sociale)
 incluant la prise en charge de la SS

	Taux SS	SS + Essentielle +
AIDES AUDITIVES		
Aide auditive Prise en charge limitée à 2 prothèses par an	60%	100% + 200€/an
HOSPITALISATION		
Frais de séjour	80%	100%
Honoraires Chirurgiens / Anesthésistes	80% à 100%	100%
Forfait journalier hospitalier en médecine, chirurgie et obstétrique	-	Frais réels Limité à 100 jours/an
Chirurgie oculaire Glaucome, DMLA hors compléments alimentaires, cataracte	100%	100%
Forfait sur les actes lourds	-	Frais réels
Transport	65%	100%
APPAREILLAGE		
Prothèses mammaires Prise en charge limitée à 2 prothèses par an	100%	100% + 100€/an
Prothèse capillaire Prise en charge limitée à 1 prothèse par an	100%	100% + 100€/an
ACTES DE PRÉVENTION		
Tous les actes de prévention pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire Prise en charge limitée à 2 actes par an	0 à 70%	100%
LES + LMP		
Ostéodensitométrie Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	20€/an
Médecines douces Toutes médecines douces non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	30€/séance Limité à 1 séance / an
Assistance santé et vie quotidienne	-	Inclus
Commission de Fonds de secours	-	Inclus
Téléconsultation MEDAVIZ	-	Inclus
Deuxièmeavis.fr Obtenez l'avis d'un médecin expert de votre problème de santé	-	Inclus
Réseau de soins Carte Blanche	-	Inclus
Services digitaux Application mobile, extranet personnalisé, paiement en ligne, newsletter	-	Inclus
Bulletin d'information trimestriel RECIPROQUE	-	Inclus

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.



**Cotisations
mensuelles
2022**

0 - 18 ans	:	23,30 €
19 - 39 ans	:	28,90 €
40 - 59 ans	:	50,50 €
60 - 69 ans	:	60,70 €
70 - 79 ans	:	78,50 €
80 ans et +	:	96,20 €

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 3^{ème} enfant ayant droit et les suivants, sur un même dossier jusqu'à leurs 18 ans.

Exemples de Remboursements (1)

Contrat d'assurance santé non responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Remboursement de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 €)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	0,00 €	L'intégralité des frais réels
Séjour 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 - 24,00 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 745,54 €	745,54 €	721,54 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 271,70 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (généralistes ou spécialistes)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447,00 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	175,30 €
Séjour sans 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'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	Tarif moyen de 3270,12 €	3 270,12 €	2616,10 €	654,02 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé non responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Remboursement de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70% BR - 1,00 €	30% BR	1,00 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25,00 €	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32,00 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (généralistes ou spécialistes)	Honoraires libres	BR	70% BR - 1,00 €	30% BR + dépassement si prévu au contrat	1,00 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	32,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	57,00 €	23,00 €	15,10 €	6,90 €	35,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,40 €

Contrat d'assurance santé non responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Remboursement de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge
Dentaire					
Soins	Tarif de convention	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0,00 €
Prothèses	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	107,50 €	75,25 €	59,12 €	403,11 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	Non remboursé	526,50 €

Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Remboursement de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge
Optique					
Équipement	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : verres simples et monture	100,00 € (par verre) + 139,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	100,06 €	238,85 €
Ex : verres progressifs et monture	231,00 € (par verre) + 139,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	100,06 €	500,85 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	50,00 €	Frais réel - le remboursement AMC dans la limite des frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	L'intégralité des frais réels

Contrat d'assurance santé non responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Remboursement de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge
Aides auditives					
Équipement	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1476,00 €	400,00 €	240,00 €	360,00 €	876,00 €

(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 » les niveaux et limites des remboursements sont détaillés dans le tableau des garanties . La mutuelle intervient dans la limite des frais engagés. Pour aller plus loin, consulter le glossaire de l'assurance complémentaire santé.

(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 complémentaire.

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, choisir ou 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 complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le produit d'assurance complémentaire santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels ayants droits en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément de la sécurité sociale française. Le produit ne respecte pas les conditions légales des contrats responsables.



QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

Les 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 votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chirurgie oculaire, forfait sur les actes lourds, transport.
- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux (consultations généraliste, spécialistes, visites, actes techniques), honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments pris en charge par l'AMO*, vaccins, matériel médical, soins à l'étranger.
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, prothèses dentaires.
- ✓ **Optique** : Equipements optiques (verres et monture), lentilles prises en charge ou non par l'AMO.
- ✓ **Aides auditives**
- ✓ **Appareillage** : Prothèses mammaires, prothèse capillaire.
- ✓ **Prévention / bien être** : Actes de prévention pris en charge par l'AMO, ostéodensitométrie, médecines douces.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Actions prévention santé
- ✓ Fonds de secours
- ✓ Réseau de soins
- ✓ Tiers payant national
- ✓ Télétransmission selon régime (NOEMIE)
- ✓ Application mobile
- ✓ Espace adhérent en ligne personnalisé
- ✓ Service de téléconsultation Medaviz 24h/24, 7j/7
- ✓ Service de deuxiemeavis.fr pour obtenir un deuxième avis médical
- ✓ 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 au contrat



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 dépassements d'honoraires et soins hors nomenclature sauf si prévu dans le tableau de garanties.
- ✗ Les Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).
- ✗ 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, pour lesquels les dépenses de santé sont prises en charge par un autre organisme assureur.



Y A-T-IL DES EXCLUSIONS A LA COUVERTURE ?

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

- ! Les majorations de participation et dépassements d'honoraires liés à l'absence de désignation d'un médecin traitant ou au non-respect du parcours de soins coordonné.
- ! La majoration de participation liée au refus du patient d'autoriser l'accès ou la modification de son dossier médical personnel par le professionnel de santé.
- ! La participation forfaitaire mentionnée à l'article L.160-13 II du Code de la Sécurité Sociale pour chaque acte ou chaque consultation.
- ! Les franchises médicales prévues à l'article L.160-13 III du Code de la Sécurité Sociale relatives aux médicaments, aux actes paramédicaux et au transport sanitaire.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation (honoraires)** : Le plafonnement des honoraires est limité à 100% BRSS**.
- ! **Forfait journalier hospitalier** : Frais réels en médecine, chirurgie et obstétrique limités à 100 jours par an.
- ! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) par an.
- ! **Dentaire** : Prise en charge limitée à 125% BRSS pour les prothèses dentaires plafonnée à 500 € la 1^{ère} année et 1000 € dès la 2^{ème} année.
- ! **Aides auditives** : Prise en charge limitée à 2 prothèses par an.
- ! **Appareillage** : Prise en charge limitée à 1 prothèse capillaire et à 2 prothèses mammaires.
- ! **Actes de prévention** : Prise en charge limitée à 2 actes par an.
- ! **Médecines douces** : Forfait par séance limité à 1 séance par an.

AUTRES RESTRICTIONS PRÉVUES AU CONTRAT

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

*AMO : Assurance Maladie Obligatoire

**BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale



OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, la Mutuelle prend en charge les soins 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 :

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) prévu au contrat.

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 personnel de toutes modifications concernant : son adresse, son rattachement aux régimes d'assurance maladie obligatoire, ses coordonnées bancaires, sa situation matrimoniale, etc.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée sur l'échéancier de paiement.

En cas de résiliation du contrat :

- Restituer les deux cartes de tiers-payant à la Mutuelle ou attester de leur destruction par écrit.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

- ✓ Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvements automatiques sur le compte bancaire du membre participant, selon une périodicité et des dates laissées au choix du membre participant : mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle exigibles le 5, 10, 15, 20, 25 ou 30 du mois de l'échéance.
- ✓ Les paiements par chèque ou virement 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. Le membre participant ayant opté pour un paiement par chèque ou virement peut également régler ses cotisations par carte bancaire, en allant sur son espace personnel et sécurisé depuis le site internet de la Mutuelle www.mutuelleimp.fr.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion du membre participant à la couverture de garantie 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 le membre participant, sur son bulletin d'adhésion, et au plus tôt 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 1er 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 RÉSILIER LE CONTRAT ?

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.



Les Ménages Prévoyants

Souriez, vous êtes protégés

Accueil & Renseignements

Agence de Versailles
11 rue Albert Sarraut,
78000 VERSAILLES

Agence de Vincennes
11 rue de la Paix,
94300 VINCENNES



mutuellelmp.fr

Service clientèle
01 39 24 60 00

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
N°SIREN 785 151 689 - Siège social : 7-11 rue Albert Sarraut - 78000 Versailles

