



J'accède au maximum

de solidarité et de
sécurité, en toute
confiance et
à petit prix !



Formule START

- Responsable & 100% santé
- Réseau de soins avec Carte Blanche
- Fonds de secours
- Téléconsultation gratuite avec Medaviz
- Vaccins non pris en charge remboursés aux frais réels

Tableau de Garanties

Garanties responsables applicables au 1er septembre 2021 % exprimé en BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité Sociale) incluant la prise en charge de la SS		Taux Sécurité Sociale	SS + START	
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux Généralistes, Spécialistes, Visites, Actes techniques médicaux	En parcours de soins	Médecin DPTAM (1)	70%	100%
		Médecin non DPTAM	70%	100%
	Hors parcours de soins	Médecin DPTAM	30%	60%
		Médecin non DPTAM		
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%	
Médicaments Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		-	60€/an	
Vaccins Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		-	Frais Réels	
Matériel médical Grands et petits appareillages pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		60%	100%	
Cures thermales Prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, forfait versé uniquement sur présentation de la facture nominative des frais d'hébergement		65%	100%	
Soins à l'étranger Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		70%	100%	
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100% santé*		70%	Frais réels, dans la limite des honoraires limites de facturation	
Soins et prothèses hors 100% santé				
Soins Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		70%	100%	
Inlay-Onlay Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		70%	125%	
Prothèses Prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, panier libre et panier maîtrisé Au-delà des plafonds, le remboursement est limité à 100% du BRSS		70%	125% Plafond limité à 1000€/an	
Forfait pour les implants Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		-	-	
Actes non pris en charge par le régime obligatoire Dents provisoires, rebasage, parodontologie, orthodontie adulte non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		-	-	
Orthodontie Prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, remboursement versé au semestre		100%	125%	
OPTIQUE				
Prise en charge limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans sauf :				
- pour les enfants < 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (1 équipement par an),				
- pour les enfants < 16 ans en cas d'évolution de la vue (à tout moment pour le renouvellement des verres uniquement sur prescription ophtalmologique),				
- pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage (1 équipement tous les 6 mois),				
- en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (à tout moment pour le renouvellement des verres uniquement sur prescription ophtalmologique).				
Dans toutes les situations, prise en charge de la monture plafonnée à 100€.				
Equipements 100% santé*		60%	Frais réels, dans la limite des prix limites de vente	
Equipements hors 100% santé				
Equipement simple (2) Monture et verres simples	Adultes	60%	100 €	
	Enfants < à 16 ans	60%	100 €	
Equipement complexe (3) et très complexe (4) Monture et verres complexes ou verres très complexes ou verres mixtes avec un verre complexe (un verre complexe + un verre très complexe)	Adultes	60%	200 €	
	Enfants < à 16 ans	60%	200 €	
Equipement mixte Monture et verres mixtes avec un verre simple (un verre simple + un verre complexe ou un verre simple + un verre très complexe)	Adultes	60%	150 €	
	Enfants < à 16 ans	60%	150 €	
Suppléments pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire Prestations d'adaptation, d'appairage, de prismes		60%	100%	
Lentilles Prises en charge ou non par l'Assurance Maladie Obligatoire	Adultes	60%	100% + 50€/an	
	Enfants < à 16 ans	60%	100% + 30€/an	
Chirurgie réfractive Forfait pour les 2 yeux en cas de myopie, d'hypermétropie, d'astigmatisme et de presbytie		-	-	
AIDES AUDITIVES				
Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans				
Equipements 100% santé*		60%	Frais réels, dans la limite des prix limites de vente	
Equipements hors 100% santé				
Aide auditive Prise en charge dans la limite de 1700 € par aide auditive, remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire inclus		60%	100% par aide auditive	
Suppléments pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire Piles, embout, etc		60%	100%	

(1) DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée comprenant l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pour les médecins conventionnés et l'OPTAM-CO pour les Chirurgiens-Obstétriciens, ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

*Tels que défini réglementairement par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019

(2) Verres simples : foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

(3) Verres complexes : foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

(4) Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

(1) DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée comprenant l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pour les médecins conventionnés et l'OPTAM-CO pour les Chirurgiens-Obstétriciens, ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

Garanties responsables applicables au 1er septembre 2021 % exprimé en BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité Sociale) incluant la prise en charge de la SS		Taux Sécurité Sociale	SS + START
HOSPITALISATION			
Frais de séjour		80%	100%
Honoraires Chirurgiens / Anesthésistes	Médecin DPTAM (1)	80% à 100%	100%
	Médecin non DPTAM	80% à 100%	100%
Forfait journalier hospitalier Hors maisons d'accueil spécialisées (MAS) et établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)		-	Frais réels
Chambre particulière En médecine, chirurgie et obstétrique		-	-
Chambre particulière Hors médecine, chirurgie et obstétrique		-	-
Chambre ambulatoire En et hors médecine, chirurgie et obstétrique		-	-
Lit accompagnant Uniquement pour les accompagnants d'enfants âgés de - de 12 ans ou d'adultes âgés de + de 70 ans		-	-
Confort hospitalier Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		-	-
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 PREVENTION			
Tous les actes de prévention pris en charge par la Sécurité Sociale 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		-	-
Consultation de psychologue Forfait versé uniquement sur présentation de la facture et dans le respect du parcours de soins		-	40€ par séance Limité à 4 séances /an
Consultation Podologue-Pédicure Non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		-	-
Consultation Diététicien-Nutritionniste Non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		-	-
Contraceptifs Tous types de contraceptifs non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		-	-
Sevrage tabagique Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		-	-
Pratique du sport sur ordonnance Forfait versé uniquement sur présentation de la facture et de l'ordonnance		-	50€/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

Les formules proposées sont dites "responsables et solidaires". L'ensemble des garanties s'entend dans le respect du parcours de soins dans les contraintes fiscales et sociales générées par les contrats responsables. Sauf exception, la Mutuelle prend en charge l'intégralité du ticket modérateur, même en cas d'atteinte du plafond de garantie. Les forfaits sont alloués par bénéficiaire et par année civile, sauf mention contraire. La Mutuelle intervient dans la limite des frais engagés.



Cotisations mensuelles 2021/2022

0 - 18 ans : 24,40 €
19 - 29 ans : 29,20 €
30 - 39 ans : 34,10 €
40 - 49 ans : 41,80 €
50 - 59 ans : 49,70 €

60 - 64 ans : 57,50 €
65 - 69 ans : 65,40 €
70 - 74 ans : 73,30 €
75 - 79 ans : 81,20 €
80 ans et + : 89,10 €

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.

Exemples de Remboursements (1)

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
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 adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 355,00 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	83,30 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	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 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 adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	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 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.)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	15,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR - 1,00 €	30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	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 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 et prothèses 100 % santé	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €
Soins (hors 100 % santé)	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 (hors 100 % santé)	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 €	59,13 €	403,10 €
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 €	48,38 €	478,12 €

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 100 % santé	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV (4)	0,00 €
Ex : verres simples et monture	41,00 € (par verre) + 30,00 € (monture)	12,75 € par verre + 9,00 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Ex : verres progressifs et monture	90,00 € (par verre) + 30,00 € (monture)	27,00 € par verre + 9,00 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat dans la limite des plafonds réglementaires	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 €	100,00 €	238,91 €
Ex : verres progressifs et monture	231,00 € (par verre) + 139,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	200,00 €	400,91 €
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 réels - 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	0,00 €	L'intégralité des frais réels

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
Aides auditives					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1476,00 €	400,00 €	240,00 €	160,00 €	1 076,00 €

(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 « responsables » quand ils respectent 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 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.

(4) Prix limite de vente.

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/>)



Je gagne du temps !

J'accède au maximum de solidarité et de sécurité, en toute confiance et à petit prix !

Les Services



1 APPLI MOBILE



L'application mobile de la mutuelle LMP permet d'accéder à votre espace adhérent ainsi qu'à l'essentiel des services de votre mutuelle en temps réel sur votre smartphone ou votre tablette. L'appli vous accompagne et vous facilite à tout moment l'accès à votre carte d'adhérent, à vos documents de suivi (contrat, décomptes) ou vos notices de médicaments. Vous pouvez également envoyer des demandes et documents à nos conseillers.

Appelez un médecin 24H/24, 7J/7, sans rendez-vous
Avec le service de téléconsultation Medaviz, la mutuelle LMP vous permet d'appeler le médecin de votre choix sans avoir à vous déplacer que ce soit pour lever un doute, demander un avis, compléter une information....



2 TÉLÉCONSULTATION

3 DEUXIÈME AVIS MÉDICAL



Demandez un deuxième avis médical en cas de maladie grave et de décision médicale à prendre.

Deuxiemeavis.fr propose aux personnes confrontées à une maladie grave d'obtenir en ligne un deuxième avis d'un médecin expert susceptible de les aider à faire le meilleur choix thérapeutique.

Pour vous accompagner à chaque moment de la vie et en toutes circonstances, la mutuelle LMP propose à ses adhérents une offre de produits et de garanties de prévoyance.

- garanties décès, incapacité, invalidité
- financement des obsèques
- indemnités hospitalières,...



4 PRÉVOYANCE

5 ASSISTANCE



Nos assistances 7j/7, 24h/24
Anonymat et confidentialité garantie
Fil Assistance assure une assistance générale ainsi qu'un accompagnement psychologique en cas de :

- perte d'autonomie
- accident, maladie ou décès d'un proche
- d'aide à personne dépendante par un aidant familial

Pour proposer à ses adhérents encore plus de bien-être et de conseils santé, la Mutuelle LMP s'entoure de partenaires de qualité !
Découvrez nos partenaires et vidéos sur nos réseaux sociaux.



6 PARTENARIAT BIEN-ÊTRE



Souriez, vous êtes protégés

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 respecte 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. Pour les paniers concernés par le 100% santé, il n'y a pas de reste à 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 ou non par l'AMO*, vaccins, matériel médical, cures thermales prises en charge par l'AMO, soins à l'étranger.
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses 100% santé, soins dentaires, inlay-onlay, prothèses dentaires paniers libres et maîtrisés, orthodontie prise en charge par l'AMO.
- ✓ **Optique** : Equipements 100% santé, autres équipements optiques (verres et monture), suppléments pris en charge par l'AMO (prestations d'adaptation, d'appairage, de prismes), lentilles prises en charge ou non par l'AMO.
- ✓ **Aides auditives** : Equipements 100% santé, aides auditives à tarifs libres, suppléments pris en charge par l'AMO (piles, embout).
- ✓ **Appareillage** : Prothèses mammaires, prothèse capillaire.
- ✓ **Prévention / bien être** : Actes de prévention pris en charge par la sécurité sociale, ostéodensitométrie, consultation de psychologue, pratique du sport sur ordonnance.

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 Medavis 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

- ✓ Filiasistance : 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 séjours en maison de retraite et assimilés Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) et 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** pour les médecins signataires ou non signataires du DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée).
- ! **Forfait journalier hospitalier** : Frais réels illimités hors Maisons d'Accueil Spécialisées et Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes.
- ! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans sauf chez les enfants < 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (1 équipement par an) et tous les six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage. Monture prise en charge à hauteur de 100€ maximum.
- ! **Dentaire** : Prothèses dentaires paniers libres et maîtrisés, prise en charge limitée à 125% BRSS plafonnée à 1000€ par an. Au-delà du plafond, le ticket modérateur est pris en charge.
- ! **Aides auditives** : Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans dans la limite de 1700€ par aide auditive, remboursement de l'AMO inclus.
- ! **Appareillage** : Forfait annuel limité à 1 prothèse capillaire et à 2 prothèses mammaires.
- ! **Actes de prévention** : Prise en charge limitée à 2 actes par an.
- ! **Consultation de psychologue** : Forfait par séance limité à 4 séances par an.

AUTRES RESTRICTIONS PRÉVUES AU CONTRAT

- ! Fonds de secours : voir conditions dans le règlement mutualiste.
- ! Filiasistance : 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



mutuelleimp.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

