Gamme

LMP GO PRO

Les Ménages Prévoyants

Formule COSY

LMP GO

Tableau de garanties

% 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

				Taux Sécurité sociale	SS + COSY PRO
SOINS COURANTS	**Honoraires médicaux** Généralistes, Spécialistes, Visites, Actes techniques médicaux	En parcours de soins	Médecin DPTAM(1)	70 %	300 %
			Médecin non DPTAM	70 %	200 %
		Hors parcours de soins	Médecin DPTAM	30 %	60 %
			Médecin non DPTAM		
	Honoraires paramédicaux Soins infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.			60 %	150 %
	Honoraires paramédicaux Séances de psychologue Prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			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 %	200 %
	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 % + 230 €/an
	Soins à l'étranger Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			60 % à 100 %	100 %

DENTAIRE	**Soins et prothèses 100% santé***	70 %	100 % des 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 %	250 %
	Prothèses Prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, panier libre et panier maitrisé. Lorsque le plafond est atteint, le remboursement est limité à 100 % du BRSS	70 %	400 % Plafond limité à 4000 €/an
	Implants Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	300 €/an
	Actes non pris en charge par le régime obligatoire Dents provisoires, rebasage, parodontologie, orthodontie adulte non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	400 €/an
	Orthodontie Prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, remboursement versé au semestre	70 % à 100 %	400 %

			Taux Sécurité sociale	SS + COSY PRO
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 €.			
	Équipements 100 % santé*		60 %	100 % des frais réels, dans la limite des prix limites de vente
	Équipements hors 100 % santé			
	Équipement simple(2) Monture et verres simples	Adultes	60 %	300 €
		Enfants < à 16 ans	60 %	100 €
	Équipement 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 %	450 €
		Enfants < à 16 ans	60 %	200 €
	Équipement 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 %	350 €
		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 % + 250 €/an
		Enfants < à 16 ans	60 %	100 % + 150 €/an
	Chirurgie réfractive Forfait pour les 2 yeux en cas de myopie, d'hypermétropie, d'astigmatisme et de presbytie		-	400 €/an
AIDES AUDITIVES	Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans			
	Équipements 100 % santé*		60 %	100 % des frais réels, dans la limite des prix limites de vente
	Équipements 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 % + 600 € par aide auditive
	Suppléments pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire Piles, embout, etc.		60 %	100 %
HOSPITALISATION	**Frais de séjour**		80 % à 100 %	100 %
	Honoraires Chirurgiens / Anesthésistes	Médecin DPTAM	80 % à 100 %	300 %
		Médecin non DPTAM	80 % à 100 %	200 %
	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		-	70 €/jour/illimité
	Chambre particulière Hors médecine, chirurgie et obstétrique		-	70 €/jour Limité à 30 jours/an
	Chambre ambulatoire En et hors médecine, chirurgie et obstétrique		-	35 €/jour/illimité
	Lit accompagnant Uniquement pour les accompagnants d'enfants âgés de - de 12 ans ou d'adultes âgés de + de 70 ans		-	35 €/jour/illimité
	Confort hospitalier Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		-	2 €/jour Limité à 60 jours/an
	Chirurgie oculaire Glaucome, DMLA hors compléments alimentaires, cataracte		100%	100 % + 400 €/an
	Forfait sur les actes lourds		-	Frais réels
	Transport		65 %	100 %

		Taux Sécurité sociale	SS + **COSY PRO**
APPAREILLAGE	**Prothèses mammaires** Prise en charge limitée à 2 prothèses par an	60 % à 100 %	100 % + 250 €/an
	Prothèse capillaire Prise en charge limitée à 1 prothèse par an	60 % à 100 %	100 % + 250 €/an
ACTES DE PRÉVENTION	**Tous les actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale** Prise en charge limitée à 2 actes /an	60 % à 70 %	100 %
LES + LMP	**Ostéodensitométrie** Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	20 €/an
	Médecines douces Toutes medecines douces non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	150 €/an
	Consultation Podologue-Pédicure Non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	50 €/an
	Consultation Diététicien-Nutritionniste Non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	50 €/an
	Contraceptifs Tous types de contraceptifs non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	60 €/an
	Sevrage tabagique Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	40 €/an
	Pratique du sport sur ordonnance Forfait versé uniquement sur présentation de la facture et de l'ordonnance	-	125 €/an
	Assistance santé et vie quotidienne	-	Services et avantages inclus dans tous les contrats pour vous faciliter la vie
	Commission de Fonds de secours	-	
	Téléconsultation MEDAVIZ	-	
	Deuxiemeavis.fr Obtenez l'avis d'un médecin expert de votre problème de santé	-	
	Réseau de soins Carte Blanche	-	
	Services digitaux Application mobile, extranet personnalisé, paiement en ligne, newsletter	-	
	Bulletin d'information trimestriel RECIPROQUE	-	

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.

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

(1) DPTAM :
Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée comprenant l'Option Pratique Tarifaire Maitrisée (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.

(2) Verres simples :
- équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre-6,00 et + 6,00 dioptries ;
- équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

(3) Verres complexes :
- équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de-6,00 à + 6,00 dioptries ;
- équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à-6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre-4,00 et + 4,00 dioptries ;
- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

(4) Verres très complexes :
- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de-4,00 à + 4,00 dioptries ;
- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à-8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Cotisations mensuelles 2023 / personne

	COSY PRO
0 - 18 ans	56,00 €
19 - 29 ans	67,10 €
30 - 39 ans	81,10 €
40 - 49 ans	94,10 €
50 - 59 ans	115,30 €
60 - 64 ans	136,30 €
65 - 69 ans	155,60 €
70 - 74 ans	176,90 €
75 - 79 ans	189,80 €
80 ans et +	199,40 €

Avantage COUPLE

10% de réduction tarifaire 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 révolus.

Exemples de remboursement[1]

HOSPITALISATION

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
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)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	70,00 € /jour	NC
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	794,04 €	794,04 €	770,04 €	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	413,00 €	271,70 €	271,70 €	141,30 €	0,00 €
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	451,00 €	271,70 €	271,70 €	179,30 €	0,00 €
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	3 333,75 €	3 333,75 €	2667,00 €	666,75 €	0,00 €

SOINS COURANTS	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
	Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	**Tarif de convention**	**BR**	**70% BR - 1€**	**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 2 à 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€**	**30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonnée à 100% BR)**	**1,00 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat**
	Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 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 €	23,00 €	**1,00 €**
	Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	**Honoraires libres**	**BR**	**70% BR - 1€**	**30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonnée 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 €	29,90 €	**9,00 €**
	Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	58,00 €	23,00 €	15,10 €	29,90 €	**13,00 €**
	Matériel médical	**Tarif moyen facturé**	**BR**	**60% BR**	**40% BR + dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
	Ex : achat d'une paire de béquilles	25,63 €	24,40 €	14,64 €	10,99 €	**0,00 €**

DENTAIRE

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 et prothèses 100 % santé	**Honoraire limite de facturation (HLF)**	**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 (HBLD634)	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 céramométallique sur molaires	547,90 €	120,00 €	84,00 €	396,00 €	67,90 €
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 €	526,50 €	0,00 €

OPTIQUE

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
Équipement 100 % santé	**Prix limite de vente (PLV)**	**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 règlementaires**	**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 €	299,91 €	39,00 €
Ex : verres progressifs et monture	231,00 € (par verre) + 139,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	450,00 €	150,91 €
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)	250,00 € /an	NC
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	400,00 € /an	NC

AIDES AUDITIVES	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
	Équipement 100 % santé	**Prix limite de vente (PLV)**	**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 règlementaires**	**Selon contrat**
	Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1534,00 €	400,00 €	240,00 €	760,00 €	534,00 €

(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 règlementation, 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/)

Les + LMP

Les Ménages Prévoyants

Services et assistance inclus dans tous les contrats

Appli mobile

Grâce à l'appli mobile, profitez d'une multitude de services pour simplifier vos échanges avec la mutuelle, effectuer vos démarches en ligne, visualiser et télécharger votre carte de tiers payant, suivre en temps réel vos remboursements, localiser un professionnel de santé... Facilitez-vous la vie, téléchargez-la !

Téléconsultation

Medaviz
Solution de télémédecine

Bénéficiez d'une consultation réalisée par un médecin (généraliste ou de toute autre spécialité médicale), à distance 24h/24, 7j/7, grâce à notre partenaire Medaviz. Un guide est à votre disposition sur mutuellelmp.fr.

Deuxième avis médical

Ce partenaire vous propose d'obtenir en ligne un deuxième avis médical auprès d'un médecin expert pour vous aider à faire le meilleur choix thérapeutique. Pour toute information complémentaire, RDV sur mutuellelmp.fr.

Réseau de soins Carte Blanche

Bénéficiez d'équipements dentaires, optiques et auditifs via notre partenaire CARTE BLANCHE qui vous garantit une offre de soins de qualité au juste prix.

Assistance santé et vie quotidienne

Bénéficiez de prestations d'assistance 24h/24, 7j/7, via notre partenaire Fil Assistance (aide-ménagère, garde d'enfants, acheminement de médicaments, aide juridique, etc.). RDV sur mutuellelmp.fr pour plus d'infos.

fil assistance

Commission de fonds de secours

Bénéficiez d'une participation financière exceptionnelle pour pourvoir à la prise en charge de certains actes ou appareils, à des aménagements de domicile à la suite d'une perte d'autonomie ou handicap. Pour toute information, contactez-nous sur cpe@mutuellelmp.fr.

Suivez nous sur nos réseaux sociaux

Comment accéder :

au service de téléconsultation Medaviz

Solution de télémédecine

2 options pour s'inscrire

1 Sur le site mutuellelmp.fr

Cliquez sur PRESTATIONS > TÉLÉCONSULTATION, puis sur le bouton : Je crée mon compte Medaviz

Renseignez votre code d'activation en saisissant les 10 chiffres de votre numéro d'adhérent suivis des 4 chiffres de votre année de naissance.

Complétez le formulaire d'inscription.

2 Par téléphone

En composant le 09 73 03 02 60 (numéro non surtaxé)

Vous bénéficiez d'un premier appel libre sans création de compte. L'activation de votre compte s'effectuera lors de votre second appel. Vous serez alors invité(e) à saisir, via votre clavier téléphonique, votre code d'activation composé des 10 chiffres de votre numéro d'adhérent suivis des 4 chiffres de votre année de naissance en terminant par #.

au service deuxiemeavis.fr

Des experts pour éclairer vos décisions de santé

Sur le site mutuellelmp.fr, cliquez sur PRESTATIONS > DEUXIÈME AVIS MÉDICAL, puis sur le bouton : Je me connecte

Renseignez votre mail et créez votre mot de passe > **inscrivez vous**

Je récupère mon dossier médical et je crée un compte sur deuxiemeavis.fr

J'indique ma maladie et je choisis parmi les médecins experts référencés

Je complète un questionnaire personnalisé et transmets mon dossier médical

J'obtiens un avis sous forme de compte-rendu signé sous 7 jours

Avec mon accord, le compte rendu est envoyé à mon équipe médicale

Si vous rencontrez des difficultés, vous pouvez contacter le service patient à n'importe quel moment de votre parcours, par chat, mail ou téléphone du lundi au vendredi de 9h à 18h en composant le 01 81 80 00 48.

Assurance Complémentaire Santé

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 : **LMP GO PRO**

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. Ce produit destiné aux Travailleurs Non-salariés (TNS) respecte les conditions légales des contrats responsables. Il est également éligible aux avantages fiscaux prévus par la loi Madelin.

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, forfait sur les actes lourds, transport.

✓ **Soins courants :** Honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, séances de psychologue, analyses et examens de laboratoire, médicaments, vaccins, matériel médical, cures thermales, soins à l'étranger

✓ **Dentaire :** Soins et prothèses 100% santé, soins et prothèses hors 100% santé (inlay-onlay, prothèses dentaires paniers libres et maîtrisés), orthodontie.

✓ **Optique :** Équipements 100% santé, équipements optiques hors 100% santé (verres et monture), suppléments (prestations d'adaptation, d'appairage, de prismes), lentilles.
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), pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage (tous les six mois), pour les enfants < 16 ans en cas d'évolution de la vue ou en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (à tout moment pour le renouvellement des verres sur prescription ophtalmologique). Monture prise en charge à hauteur de 100€ maximum.

✓ **Aides auditives :** Équipements 100% santé, équipements auditifs hors 100% Santé (aides auditives à tarifs libres dans la limite de 1700€ par aide auditive remboursement de l'AMO* inclus), suppléments (piles, embout).
Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans.

✓ **Appareillage :** Prothèses mammaires, prothèse capillaire.

✓ **Prévention / bien être :** Actes de prévention dans la limite de 2 actes par an, ostéodensitométrie, pratique du sport sur ordonnance.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Dentaire : Implants, actes non pris en charge par le régime obligatoire (dents provisoires, rebasage, parodontologie, orthodontie adulte).

Optique : Chirurgie réfractive.

Hospitalisation : Chambre particulière, chambre ambulatoire, lit accompagnant, confort hospitalier, chirurgie oculaire.

Prévention / Bien être : Médecines douces, consultation Podologue-Pédicure, consultation Diététicien-Nutritionniste, contraceptifs, sevrage tabagique.

*AMO : Assurance Maladie Obligatoire

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ 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 soutien psychologique PSYA.
- ✓ 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.

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 ou un fonds de garantie.

Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

! 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 coordonnés.

! La majoration de participation liée au refus du patient d'autoriser l'accès ou la modification de son dossier médical partagé 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.

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 :

À la souscription du contrat :
- Remplir avec exactitude et signer la fiche de recueil des besoins et le bulletin d'adhésion.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) prévue 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.

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.
Si vous avez opté pour un paiement par chèque ou virement, vous pouvez également régler vos cotisations par carte bancaire, en allant sur votre espace personnel et sécurisé depuis le site internet de la Mutuelle www.mutuellelmp.fr.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Votre adhésion 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 votre demande d'adhésion, à la date que vous aurez librement fixée, sur votre bulletin d'adhésion, et au plus tôt à la date de signature du bulletin d'adhésion.

La couverture est garantie pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année et prend fin à la date d'effet de la résiliation notifiée par l'une des parties dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Pour tous les cas de résiliation, lorsque vous souhaitez dénoncer votre 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 votre espace personnel (onglet : nous contacter/choisir le sujet de ma demande : résiliation).

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :
- chaque année à effet du 31 décembre en notifiant votre demande avant le 31 octobre. Lorsque vous avez été informé de votre droit à dénoncer votre adhésion dans l'avis d'échéance annuelle de cotisation après le 15 octobre, vous disposez d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer votre adhésion ;
- à tout moment, sans frais, ni pénalité, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription ;
- en cas de survenance de certains événements (changement de domicile, changement de situation matrimoniale, etc) ayant une influence directe sur les risques garantis, un mois après réception de la notification de résiliation ;
- en cas d'adhésion obligatoire à un contrat collectif, en joignant l'attestation nominative de votre employeur précisant le caractère obligatoire et la date d'effet de votre adhésion à ce contrat, au 1er jour du mois suivant la date de votre affiliation à titre obligatoire ;
- en cas de départ de France et de non maintien de votre affiliation au régime de Sécurité sociale obligatoire français.

Vous devrez restituer à la Mutuelle vos cartes de tiers payants ou attester de leur destruction par écrit.

Les Ménages Prévoyants

Souriez, vous êtes protégés

Accueil & renseignements

AGENCES

Vincennes
11 rue de la Paix
94300 Vincennes

Versailles
11 rue Albert Sarraut
78000 Versailles

mutuellelmp.fr

Service clientèle
01 39 24 60 00

Réf : DOC OFFRE COSY PRO – 11/2022- Document non contractuel

Adhérente MUTUALITÉ FRANÇAISE

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