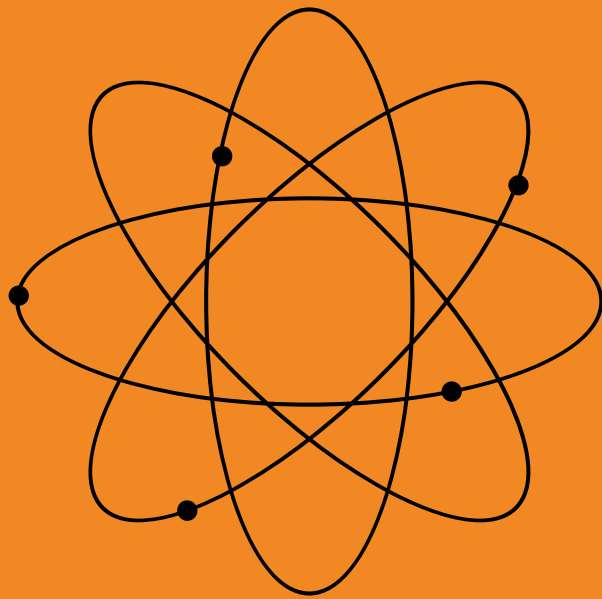




**Documents
réglementaires**

GAMME LMP GO PRO



- Statuts
- Notice d'information
- Garanties santé
- Cotisations
- Notice assistance

Statuts mutuelle LMP

Modifiés en assemblée générale le 10 décembre 2021

DÉNOMINATION, OBJET, COMPOSITION ET RUPTURE

DÉNOMINATION ET OBJET

ARTICLE LIMINAIRE

Les présents statuts sont établis en vertu des dispositions du Code de la Mutualité et de toutes les réglementations afférentes. Ils abrogent, de plein droit, les précédents statuts de la Mutuelle « LES MÉNAGES PRÉVOYANTS ».

ARTICLE 1 - DÉNOMINATION

Il est constitué une mutuelle interprofessionnelle dénommée MUTUELLE « LES MÉNAGES PRÉVOYANTS » fondée à Versailles le 26 mars 1854. La mutuelle est une personne morale de droit privé, à but non lucratif, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 785 151 689. Elle est agréée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour assurer les opérations relevant des branches d'activité 1 « Accidents », 2 « Maladie », 20 « Vie, décès » et 21 « Nuptialité, natalité » définies à l'article R.211-2 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 2 - SIÈGE SOCIAL

La Mutuelle établit son siège à Versailles, 7-11, rue Albert Sarraut. Ledit siège peut être transféré en tout autre lieu, par décision de l'assemblée générale, sur proposition du conseil d'administration.

ARTICLE 3 - OBJET

La Mutuelle « LES MÉNAGES PRÉVOYANTS » a pour objet principal de mener des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide dans l'intérêt de ses membres ou de leurs familles en vue d'assurer notamment la prévention des risques sociaux liés à la personne, la réparation de leurs conséquences et de favoriser leur développement moral, intellectuel et physique et améliorer leurs conditions de vie. Les modalités de fonctionnement sont décrites dans les règlements mutualistes, les contrats collectifs (composés de conditions générales et particulières), les notices d'information et dans la charte de la gouvernance de la Mutuelle. La Mutuelle a pour objet principal :

A : de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie conformément aux dispositions de l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.

Elle peut, par ailleurs :

B : contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés;

C : accepter en réassurance les engagements relevant des branches d'activité pour lesquelles elle est agréée ou se substituer aux Mutuelles ou Unions « substituées » qui en font la demande, dans les conditions prévues à l'article L.211-5 du Code de la Mutualité ;

D : mettre en œuvre au profit de ses membres et de leurs ayants droit, des actions de prévention, d'assistance, de protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées, gérer des réalisations sanitaires et sociales à destination de ses membres et de leurs ayants droit, accessoires aux opérations d'assurance qu'elle propose;

E : gérer un fonds de secours ayant pour objet d'attribuer des aides ponctuelles à certains de ses membres participants ou de leurs ayants droit. Le fonctionnement, les modalités de financement de ce fonds de secours et les conditions d'attribution des aides sont décrites dans la charte de fonctionnement de la commission de participation exceptionnelle ;

F : encourager au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et améliorer leurs conditions de vie.

G : créer et gérer au profit de ses membres et de leurs ayants droit, des prestations et services sanitaires, sociaux, juridiques et financiers dans le cadre d'un partenariat ou d'une sous-traitance ;

H : présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance, sous réserve que la Mutuelle continue de pratiquer à titre principal les activités conformes à son objet social.

Les activités décrites aux alinéas G et H, sont développées par une personne morale distincte de la Mutuelle proprement dite, comme il est dit à l'article L.221-3 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle peut recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance pour la promotion ou la diffusion de ses propres formules et produits. Elle peut réaliser, dans le respect des dispositions du Code de la Mutualité, toutes opérations qui sont compatibles avec cet objet, s'y rapportant ou contribuant à sa réalisation.

ARTICLE 4 - GOUVERNANCE

Article 4.1 Système de gouvernance

Dans le respect des conditions définies par les lois et règlements en vigueur, la Mutuelle met en œuvre un système de gouvernance garantissant une gestion saine et prudente de son activité faisant l'objet d'un examen interne régulier. Ce système de gouvernance repose sur une séparation claire des responsabilités et comprend un dispositif efficace de transmission des informations. Il est proportionné à la nature, à l'ampleur et à la complexité des opérations de la mutuelle. Ce système de gouvernance comprend les fonctions clés suivantes : la fonction de gestion des risques, la fonction de vérification de la conformité, la fonction d'audit interne et la fonction actuarielle.

Article 4.2 Charte de la gouvernance

Le conseil d'administration adopte la charte de gouvernance qui reprend notamment de manière plus exhaustive que les présents statuts les modalités d'élection des administrateurs, leur rôle, les exigences de formation qui s'appliquent à eux. Elle précise également la composition du conseil d'administration et le déroulement de ses séances. Enfin, elle s'intéresse au bureau et à chacune des commissions mises en place afin d'en définir le rôle.

ARTICLE 5 - CONTRAT D'ADHÉSION MUTUALISTE

Le « contrat d'adhésion mutualiste » est constitué par l'ensemble des documents remis à l'adhérent lors de son adhésion - statuts, règlement mutualiste ou contrats collectifs et notices d'information, et bulletin d'adhésion - comportant le contrat mutualiste proprement dit, signé par l'adhérent ou l'employeur de manière manuscrite ou par voie électronique sécurisée. Le « Contrat mutualiste » prend la forme d'un règlement mutualiste pour les opérations individuelles et d'un règlement mutualiste ou d'un contrat collectif pour les opérations collectives.

Article 5.1 Règlements mutualistes (opérations individuelles)

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, un ou des règlements mutualistes adoptés par le conseil d'administration définissent le contenu et la durée des engagements existants entre les membres participants et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Article 5.2 Règlements ou contrats collectifs (opérations collectives)

Les droits et obligations résultant d'opérations collectives peuvent faire l'objet d'un règlement mutualiste auquel adhère l'employeur ou la personne morale, ou d'un contrat collectif composé des conditions générales et particulières et de la notice d'information qu'ils souscrivent auprès de la mutuelle.

Article 5.3 Modification des règlements mutualistes et des contrats collectifs

Concernant les opérations individuelles ou collectives régies par un règlement mutualiste, le conseil d'administration peut apporter aux règlements les modifications qu'il estime nécessaires. Les modifications sont opposables aux membres participants dès leur notification.

En revanche, les modifications des contrats collectifs doivent

être constatées dans un avenant signé par les parties.

ARTICLE 6 - PHILOSOPHIE

La Mutuelle s'interdit toute action, communication ou prise de position ayant une nature politique, syndicale, religieuse, raciale ou sexiste et toute forme de discrimination sur ces mêmes fondements.

ARTICLE 7 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées par la Mutuelle agissant en qualité de responsable de traitement dans le cadre de la passation et de la gestion de l'adhésion du membre participant à un contrat ou règlement mutualiste, de l'exécution d'opérations techniques nécessaires à la mise en œuvre des garanties et des prestations, de la gestion des réclamations et du contentieux, de l'organisation d'actions de prévention, de l'élaboration d'enquête et de gestion de la satisfaction, du contrôle interne, des actions commerciales, de la lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et plus généralement à des fins d'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Aucune information recueillie ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Tout membre participant et ayant droit dispose d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement des données personnelles le concernant, sous réserve que la Mutuelle puisse continuer à gérer ses cotisations et prestations.

Sous la même réserve, il a également la possibilité de s'opposer ou de demander une limitation du traitement de ses données. L'ensemble de ces droits peut être exercé par email à dpo@mutuellelmp.fr ou par courrier au délégué à la protection des données de la Mutuelle Les Ménages Prévoyants – 7/11, rue Albert Sarraut 78000 Versailles.

Pour disposer d'informations plus complètes sur les fondements légaux des traitements, les destinataires des données, les durées de conservation, ainsi que toutes autres informations sur leurs droits, les membres participants peuvent consulter la rubrique « Données personnelles » sur le site internet de la Mutuelle. S'ils estiment, après avoir contacté la Mutuelle, que leurs droits informatiques et libertés ne sont pas respectés, ils peuvent adresser une réclamation à la CNIL.

CONDITIONS D'ADHÉSION

ARTICLE 8 - LES MEMBRES

Article 8.1 Définition des membres participants

La Mutuelle se compose exclusivement de membres participants, désignés par « les membres » dans ce qui suit. Les membres sont des personnes physiques qui adhèrent à la Mutuelle à titre individuel ou dans un cadre collectif, et qui règlent ou pour lesquelles est réglée une cotisation, et qui bénéficient pour elles-mêmes et, le cas échéant, pour leurs ayants droit, des prestations de la Mutuelle.

Les enfants seuls de plus de 16 ans peuvent être membres participants dès l'instant où ils sont immatriculés à la sécurité sociale. Dès lors qu'ils en font la demande non équivoque, l'intervention du représentant légal n'est pas nécessaire.

La Mutuelle s'interdit notamment de subordonner l'adhésion à des critères d'âge ou d'état de santé, mais elle se réserve toutefois le droit de mettre en place, dans certains de ses règlements mutualistes non responsables, des périodes de stage ou de carence pour le bénéfice de certaines prestations. La Mutuelle peut également définir ses cotisations en fonction de l'âge des membres et/ou de leurs ayants droit.

Article 8.2 Définition des ayants-droit

Les ayants droit des membres qui bénéficient comme tels des prestations de la Mutuelle sont les personnes physiques mentionnées sur le bulletin d'adhésion et, le cas échéant, ses avenants modificatifs. Peuvent être considérés comme ayant droit d'un membre participant, notamment son conjoint, partenaire de PACS, concubin, ou ses enfants, tels que définis par le règlement mutualiste ou le contrat collectif.

restant à la charge du membre participant déduction faite des remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les demandes de remboursement, décomptes et factures transmis à la Mutuelle datant de plus de deux ans à la date des soins ne peuvent donner lieu au versement par la Mutuelle des prestations correspondantes.

Ce délai court à compter de la date :

- de la prescription médicale qui figure sur le décompte ou avis des sommes à payer émis par le régime obligatoire dans la colonne « date de soins ou des actes »,
- s'agissant de l'optique, celle visée sur la facture de l'opticien ;
- s'agissant du dentaire, celle d'exécution des soins ;
- s'agissant de la prothèse dentaire, celle d'exécution des soins.

ARTICLE 38 - PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont réglées par virement sur un compte bancaire dans un délai de 15 jours ouvrés maximum pour toutes prestations communiquées à la Mutuelle hors télétransmission et pour les remboursements issus de la télétransmission, le paiement est effectué sous 48 à 72 heures. En conséquence, les membres participants doivent, dès leur inscription ou en cas de modification fournir un relevé d'identité bancaire. Chaque ayant droit pourra demander le versement de ses prestations sur son propre compte bancaire.

En conformité avec les textes, le paiement des prestations est suspendu en cas de suspicion de fraude pouvant donner lieu à un blanchiment d'argent ou participer au financement du terrorisme.

ARTICLE 39 - RELEVÉ DES PRESTATIONS PAYÉES

Le paiement des prestations est effectué régulièrement, et les membres participants en sont informés par l'envoi d'un relevé périodique descriptif détaillé les avisant du montant et de la date de chaque règlement effectué. Ce relevé vaut pièce justificative auprès des organismes sociaux ou mutualistes. Le mode de réception du relevé de prestations payées est laissé au choix du membre participant. Il peut recevoir son bordereau par :

- courrier,
- courriel,
- et consultable et téléchargeable depuis son espace adhérent sécurisé via le site internet de la Mutuelle.

ARTICLE 40 - MEMBRES PARTICIPANTS BÉNÉFICIAIRE DE L'EXONÉRATION DU TICKET MODÉRATEUR

Les membres participants bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur (100 %) à quelque titre que ce soit, ne peuvent prétendre à un complément de remboursement sauf si leurs garanties prévoient une prise en charge des dépassements d'honoraires. Ils doivent néanmoins fournir à la Mutuelle leur attestation de droits à l'Assurance Maladie notifiant leur exonération pour complétude de leur dossier.

ARTICLE 41 - TIERS PAYANT

Le tiers payant permet aux membres participants d'obtenir sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale, sans aucune avance de fonds, la délivrance des médicaments ou des actes médicaux prescrits par le Médecin traitant.

Il est également pratiqué sur les dépenses de santé liées à l'hospitalisation, l'optique, le dentaire et l'auditif, pour lesquels un accord préalable de prise en charge est nécessaire conformément à l'article 36. Toute utilisation de ces cartes alors que le membre participant n'est plus couvert est prohibée. La Mutuelle se réserve le droit le cas échéant d'ester en justice.

Il en est de même pour les actes acquittés directement auprès des professionnels de santé.

La Mutuelle ne saurait être tenue pour responsable en cas de refus de tiers payant par un professionnel de santé.

Les cartes de tiers payant doivent être restituées à la Mutuelle ou à défaut les membres participants doivent attester de leur destruction par écrit en cas de résiliation, radiation, ou exclusion.

ASSISTANCE LIÉE À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 42 - GARANTIE ASSISTANCE

Conformément à l'article 3 de ses statuts, et aux articles L.116-1 et L. 221-3 du Code de la Mutualité, la Mutuelle présente une garantie « Assistance ». Cette garantie d'assistance est incluse dans l'ensemble des formules proposées par la Mutuelle. La notice d'information relative à cette garantie est remise au membre participant au moment de la souscription à l'offre santé et en cas de modification de la garantie assistance.

SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE LIÉ À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 43 - SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Conformément à l'article 3 de ses statuts, la Mutuelle met à disposition un « Service Soutien Psychologique » inclus dans l'ensemble des formules. Le dépliant relatif à ce service est remis au membre participant.

FONDS DE SECOURS

ARTICLE 44 - COMMISSION DE FONDS DE SECOURS MUTUALISTE

Il est institué au sein de la Mutuelle, un fonds de secours dont le montant est fixé chaque année par l'Assemblée Générale.

Ce fonds est géré par une Commission composée de droit du Trésorier Général ou du Trésorier Adjoint, de membres désignés par le Conseil d'Administration et de salariés de la Mutuelle en charge de constituer les dossiers.

Ce fonds est destiné à allouer une participation financière exceptionnelle pour pourvoir à la prise en charge de certains actes ou appareils, à des aménagements de domicile suite à une perte d'autonomie ou handicap au vu de justificatifs produits par le membre participant, dont la situation de santé, morale ou financière est jugée particulièrement digne d'intérêt.

La commission est accessible qu'après l'expiration d'un délai d'un an d'adhésion au sein de la Mutuelle. Une charte de fonctionnement de la commission est à la disposition des membres participants sur simple demande. En aucun cas ces prestations ne peuvent permettre la prise en charge de soins ou actes entrant en contradiction avec le contrat responsable.

DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 45 - COMMUNICATION DES INFORMATIONS RELATIVES AUX FRAIS DE GESTION ET DU RAPPORT PRESTATIONS/COTISATIONS

La Mutuelle communique annuellement avec l'avis d'échéance de cotisations, à chacun de ses membres participants :

- le ratio, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais de santé et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties ;
- le ratio, exprimé en pourcentage, entre le montant total des frais de gestion de la Mutuelle au titre de ces mêmes garanties et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes ;
- la composition des frais de gestion de la Mutuelle.

ARTICLE 46 - GESTION ÉLECTRONIQUE DES DOCUMENTS

e convention expresse, il est stipulé que la Mutuelle conserve en original et en archives, les fiches d'informations et de conseil, les bulletins d'adhésion valant contrats et les éléments probants (récépissés de recommandés) pour valoir avenant au contrat d'adhésion initial, les mandats de prélèvement SEPA, et les demandes de résiliation. Tous les autres documents adressés par le membre participant à la Mutuelle et inversement sont archivés électroniquement sur son dossier pour une durée maximale fixée en fonction de la nature du traitement et de sa finalité.

ARTICLE 47 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées par la Mutuelle agissant en qualité de responsable de traitement dans le cadre de la passation et de la gestion de l'adhésion du membre participant à la Mutuelle et au contrat collectif, de l'exécution d'opérations techniques nécessaires à la mise en œuvre des garanties et des prestations, de la gestion des réclamations et du contentieux, de l'organisation d'actions de prévention, de l'élaboration d'enquête et de gestion de la satisfaction, du contrôle interne, des actions commerciales, de la lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et plus généralement à des fins d'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Tout membre participant et ayant droit dispose d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement des données personnelles le concernant, sous réserve que la Mutuelle puisse continuer à gérer ses cotisations et prestations.

Sous la même réserve, il a également la possibilité de s'opposer ou de demander une limitation du traitement de ses données.

L'ensemble de ces droits peut être exercé par mail à dpo@mutuellelmp.fr ou par courrier au délégué à la protection des données de la Mutuelle Les Ménages Prévoyants - 7/11, rue

Albert Sarraut 78000 Versailles.

Pour disposer d'informations plus complètes sur les fondements légaux des traitements, les destinataires des données, les durées de conservation, ainsi que toutes autres informations sur leurs droits, les membres participants peuvent consulter la rubrique « Données personnelles » sur le site internet de la Mutuelle. S'ils estiment, après avoir contacté la Mutuelle, que leurs droits informatique et libertés ne sont pas respectés, ils peuvent adresser une réclamation à la CNIL.

ARTICLE 48 - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

Réclamation

La Mutuelle a mis en place une procédure de traitement des réclamations visant à garantir le respect de la protection de la clientèle pendant toute la vie du contrat.

Ainsi, pour toute réclamation, le membre participant peut contacter son interlocuteur habituel ou le service dédié aux réclamations :

- Par téléphone au : 01 39 24 60 00.
- Par courriel à l'adresse suivante : accueil@mutuellelmp.fr en notifiant « réclamation » dans l'objet du courriel.
- En agence.
- Via l'appli mobile.
- Par courrier à : Mutuelle LMP – Service Réclamations - 7/11 rue Albert Sarraut - 78000 Versailles.
- Depuis son espace adhérent via « Nous contacter » en sélectionnant « Réclamation » dans le sujet de sa demande,
- Ou par courriel, sur le site internet suivant : www.mutuellelmp.fr (onglets : La Mutuelle LMP puis Réclamation et Médiation puis cliquer sur email en précisant « Réclamation » dans l'objet de votre demande).

Si la réclamation a été formulée à l'oral, le réclamant est invité à formaliser son mécontentement au moyen d'une réclamation écrite s'il n'a pu lui être donné immédiatement satisfaction.

La Mutuelle accuse réception de la réclamation sous dix jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi sauf si elle peut apporter la réponse à l'adhérent dans ce délai. La réponse à la réclamation est communiquée à l'adhérent dans un délai n'excédant pas deux mois à compter de l'envoi. Cette procédure de réclamation est applicable à tout membre participant et plus généralement toute personne portant réclamation (anciens membres participants, ayants droit, toute personne en contact avec les services de la mutuelle).

Médiation

Le Médiateur de la Mutualité Française peut en tout état de cause être saisi 2 mois après l'envoi d'une première réclamation écrite, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu.

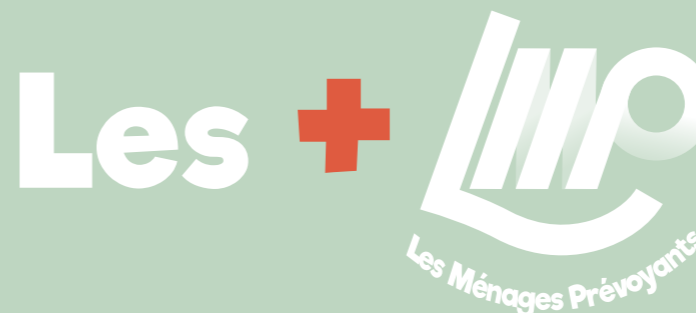
La saisine est gratuite et la demande est adressée à l'adresse suivante :

- soit par voie postale à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS cedex 15
- soit sur son site internet : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>
Le règlement de la médiation de la consommation de la Mutualité Française est également accessible sur son site internet.

ARTICLE 49 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉSOLUTION

Conformément à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.



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

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.



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.

Tableau de garanties

Taux Sécurité sociale	SS + START PRO	SS + OPEN PRO	SS + RELAX PRO	SS + COSY PRO	SS + BEST PRO
-----------------------	----------------	---------------	----------------	---------------	---------------

% 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 + START PRO	SS + OPEN PRO	SS + RELAX PRO	SS + COSY PRO	SS + BEST PRO	
SOINS COURANTS	Honoraires médicaux Généralistes, Spécialistes, Visites, Actes techniques médicaux	En parcours de soins	Médecin DPTAM(1)	70 %	100 %	175 %	225 %	300 %	400 %
			Médecin non DPTAM	70 %	100 %	150 %	200 %	200 %	200 %
		Hors parcours de soins	Médecin DPTAM	30 %	60 %	60 %	60 %	60 %	60 %
		Médecin non DPTAM							
	Honoraires paramédicaux Soins infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.			60 %	100 %	100 %	100 %	150 %	200 %
	Honoraires paramédicaux Séances de psychologue Prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	Analyses et examens de laboratoire Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	Médicaments Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			15 % à 65 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	Médicaments Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			-	60 €/an	60 €/an	60 €/an	60 €/an	60 €/an
	Vaccins Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Matériel médical Grands et petits appareillages pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			60 %	100 %	150 %	200 %	200 %	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 %	100 %	100 % + 150 €/an	100 % + 230 €/an	100 % + 300 €/an	
Soins à l'étranger Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			60 % à 100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

DENTAIRE	Soins et prothèses 100% santé*	60 %	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	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	Inlay-Onlay Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	60 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %
	Prothèses Prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, panier libre et panier maîtrisé. Lorsque le plafond est atteint, le remboursement est limité à 100 % du BRSS	60 %	125 % Plafond limité à 1000 €/an	200 % Plafond limité à 3000 €/an	300 % Plafond limité à 4000 €/an	400 % Plafond limité à 4000 €/an	500 % Plafond limité à 4000 €/an
	Implants Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	-	100 €/an	200 €/an	300 €/an	400 €/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	-	-	200 €/an	300 €/an	400 €/an	500 €/an
	Orthodontie Prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, remboursement versé au semestre	60 % à 100 %	125 %	200 %	300 %	400 %	500 %

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 %	100 €	150 €	200 €	300 €	420 €
		Enfants < à 16 ans	60 %	100 €	100 €	100 €	100 €	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 %	200 €	250 €	300 €	450 €	600 €
		Enfants < à 16 ans	60 %	200 €	200 €	200 €	200 €	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 %	150 €	200 €	250 €	350 €	500 €
		Enfants < à 16 ans	60 %	150 €	150 €	150 €	150 €	150 €
	Suppléments pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire Prestations d'adaptation, d'appairage, de prismes		60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Lentilles Prises en charge ou non par l'Assurance Maladie Obligatoire	Adultes	60 %	100 % + 100 €/an	100 % + 150 €/an	100 % + 200 €/an	100 % + 250 €/an	100 % + 300 €/an	
	Enfants < à 16 ans	60 %	100 % + 100 €/an	100 % + 100 €/an	100 % + 100 €/an	100 % + 150 €/an	100 % + 200 €/an	
Chirurgie réfractive Forfait pour les 2 yeux en cas de myopie, d'hypermétropie, d'astigmatisme et de presbytie		-	-	200 €/an	300 €/an	400 €/an	500 €/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 %	100 % + 200 € par aide auditive	100 % + 400 € par aide auditive	100 % + 600 € par aide auditive	100 % + 800 € par aide auditive
Suppléments pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire Piles, embout, etc.		60 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

HOSPITALISATION	Frais de séjour		80 % à 100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	Honoraires Chirurgiens / Anesthésistes	Médecin DPTAM	80 % à 100 %	100 %	150 %	200 %	300 %	400 %
		Médecin non DPTAM	80 % à 100 %	100 %	125 %	175 %	200 %	200 %
	Forfait journalier hospitalier Hors maisons d'accueil spécialisées (MAS) et établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)		-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Chambre particulière En médecine, chirurgie et obstétrique		-	-	50 €/jour/illimité	60 €/jour/illimité	70 €/jour/illimité	80 €/jour/illimité
	Chambre particulière Hors médecine, chirurgie et obstétrique		-	-	50 €/jour Limité à 30 jours/an	60 €/jour Limité à 30 jours/an	70 €/jour Limité à 30 jours/an	80 €/jour Limité à 30 jours/an
	Chambre ambulatoire En et hors médecine, chirurgie et obstétrique		-	-	25 €/jour/illimité	30 €/jour/illimité	35 €/jour/illimité	40 €/jour/illimité
	Lit accompagnant Uniquement pour les accompagnants d'enfants âgés de - de 12 ans ou d'adultes âgés de + de 70 ans		-	-	25 €/jour/illimité	30 €/jour/illimité	35 €/jour/illimité	40 €/jour/illimité
	Confort hospitalier Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		-	-	2 €/jour Limité à 60 jours/an	2 €/jour Limité à 60 jours/an	2 €/jour Limité à 60 jours/an	2 €/jour Limité à 60 jours/an
	Chirurgie oculaire Glaucome, DMLA hors compléments alimentaires, cataracte		100%	100 %	100 % + 200 €/an	100 % + 300 €/an	100 % + 400 €/an	100 % + 500 €/an
Forfait sur les actes lourds		-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Transport		55 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

	Taux Sécurité sociale	SS + START PRO	SS + OPEN PRO	SS + RELAX PRO	SS + COSY PRO	SS + BEST PRO	
APPAREILLAGE	Prothèses mammaires Prise en charge limitée à 2 prothèses par an	60 % à 100 %	100 % + 100 €/an	100 % + 150 €/an	100 % + 200 €/an	100 % + 250 €/an	100 % + 300 €/an
	Prothèse capillaire Prise en charge limitée à 1 prothèse par an	60 % à 100 %	100 % + 100 €/an	100 % + 150 €/an	100 % + 200 €/an	100 % + 250 €/an	100 % + 300 €/an

ACTES DE PRÉVENTION	Taux Sécurité sociale	SS + START PRO	SS + OPEN PRO	SS + RELAX PRO	SS + COSY PRO	SS + BEST PRO
Tous les actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale Prise en charge limitée à 2 actes /an	60 % à 70 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

LES + LMP		Taux Sécurité sociale	SS + START PRO	SS + OPEN PRO	SS + RELAX PRO	SS + COSY PRO	SS + BEST PRO
Ostéodensitométrie Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	-	20 €/an	20 €/an	20 €/an	20 €/an	20 €/an
Médecines douces Toutes médecines douces non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	-	-	50 €/an	100 €/an	150 €/an	200 €/an
Consultation Podologue-Pédicure Non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	-	-	30 €/an	40 €/an	50 €/an	60 €/an
Consultation Diététicien-Nutritionniste Non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	-	-	30 €/an	40 €/an	50 €/an	60 €/an
Contraceptifs Tous types de contraceptifs non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	-	-	20 €/an	40 €/an	60 €/an	80 €/an
Sevrage tabagique Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	-	-	20 €/an	30 €/an	40 €/an	50 €/an
Pratique du sport sur ordonnance Forfait versé uniquement sur présentation de la facture et de l'ordonnance	-	-	50 €/an	75 €/an	100 €/an	125 €/an	150 €/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 RECIPROQUE	-						

Cotisations mensuelles 2024 / personne

	START PRO	OPEN PRO	RELAX PRO	COSY PRO	BEST PRO
0 - 18 ans	22,50 €	35,50 €	45,90 €	59,90 €	68,80 €
19 - 29 ans	28,40 €	45,40 €	56,30 €	71,80 €	82,40 €
30 - 39 ans	36,30 €	54,20 €	67,50 €	86,80 €	100,60 €
40 - 49 ans	44,70 €	63,10 €	77,90 €	100,70 €	117,20 €
50 - 59 ans	51,80 €	80,60 €	99,50 €	123,40 €	145,60 €
60 - 64 ans	60,00 €	93,40 €	118,90 €	145,80 €	171,40 €
65 - 69 ans	70,00 €	109,10 €	136,20 €	166,50 €	196,80 €
70 - 74 ans	80,30 €	124,80 €	155,20 €	189,30 €	224,50 €
75 - 79 ans	91,30 €	138,70 €	168,50 €	203,10 €	233,30 €
80 ans et +	99,60 €	148,10 €	179,60 €	213,40 €	244,50 €

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 réglementairement 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.

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



Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de FILASSISTANCE :

- des frais engagés sans l'accord préalable de FILASSISTANCE ;
- des frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
- du fait intentionnel de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire ;
- de l'insuffisance ou de l'indisponibilité temporaire de prestataires localement ;
- des états résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par l'article R234-1 du Code de la route), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement ;
- des conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés à l'article L121-8 alinéa 2 du Code des assurances ;
- des cataclysmes naturels ;
- des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire ou l'Adhérent peut détenir ;
- de la participation volontaire de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1^{re} année suivant l'adhésion ;
- d'évènements climatiques tels que tempêtes ou ouragans ;
- toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou interétatique pour toute autorité ou organisme gouvernemental ou non

E. TABLEAU DE SYNTHÈSE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

PRESTATIONS ACCESSIBLES À L'ADHÉRENT DÈS SON ADHÉSION	
Assistance informations	Du lundi au vendredi de 9h à 18h (hors jours fériés)
Informations juridique et vie pratique	Informations téléphoniques
Informations santé	Informations téléphoniques
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT AU DOMICILE DE L'ADHÉRENT	
Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical	Mise en relation sans prise en charge
Acheminement des médicaments	Organisation sans prise en charge
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 48 HEURES OU D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
Transmission des messages urgents	7j/7 et 24H/24
Présence d'un proche au chevet (si aucun proche de l'Adhérent ou de son Conjoint ne réside à moins de 50 Km du lieu d'hospitalisation ou d'immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint)	1 titre de transport A/R 2 nuits maximum (frais de nourriture compris) dans la limite de 160 € TTC
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans	
• Garde au domicile	40 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs
• OU Accompagnement des enfants à l'école	1 A/R par jour pendant 5 jours
• OU Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 titre de transport A/R par évènement
• OU Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport A/R par évènement
Garde ou transfert des ascendants dépendants	
• Garde au domicile	40 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs
• OU Transfert accompagné des ascendants chez un proche	1 titre de transport A/R par évènement
• OU Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport A/R par évènement
Aide à domicile	20 heures maximum réparties sur 10 jours ouvrés consécutifs (mise en place de la prestation pendant l'hospitalisation ou suivant la date de retour au domicile)
Garde des animaux de compagnie	30 jours maximum
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE RADIOTHÉRAPIE OU CHIMIOTHÉRAPIE DE L'ADHÉRENT OU DE CONJOINT	
Aide à domicile	4 heures réparties sur les 2 jours suivant chaque séance dans la limite de 20 heures sur la durée du traitement
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 10 JOURS D'UN ADHÉRENT ÂGÉ DE PLUS DE 65 ANS OU D'UNE HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 24 HEURES D'UN ADHÉRENT ÂGÉ DE 75 ANS OU PLUS	
Téléassistance pour sécuriser la convalescence	Prise en charge des frais de mise en service + 3 mois de service gratuit (Prévifil)
Aide à la constitution du dossier de financement d'un service de téléassistance	Informations téléphoniques
ASSISTANCE AUX ENFANTS	
Aide à domicile (si l'enfant âgé de moins de 16 ans de l'adhérent ou de son conjoint est hospitalisé)	20 heures maximum réparties sur 10 jours ouvrés/ 1 intervention par année civile et par adhérent
Présence d'un proche au chevet (si l'enfant âgé de moins de 16 ans de l'adhérent ou de son conjoint est hospitalisé à plus de 50 km de son domicile)	1 titre de transport A/R par évènement 7 nuits maximum (frais de nourriture compris) dans la limite de 560 € TTC
Garde de l'enfant malade ou accidenté âgé de moins de 16 ans (2 interventions par année civile pour chaque enfant)	
• Garde au domicile	30 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs
• OU Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport A/R par évènement
École à domicile (si l'enfant âgé de l'Adhérent ou de son Conjoint est immobilisé pour une durée supérieure à 15 jours suite à une maladie sou daine ou suite à un accident)	2 heures maximum/jour jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours (mise en place de la prestation pendant l'immobilisation)

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 24 HEURES OU D'UNE IMMOBILISATION À DOMICILE SUPÉRIEURE À 48 HEURES SUITE À UN ACCIDENT OU À UNE MALADIE SOUDAINE DE LA SALARIÉE CHARGÉE DE LA GARDE DES ENFANTS	
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans	
• Garde au domicile	30 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs
• OU Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 titre de transport A/R par évènement
• OU Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport A/R par évènement
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MATERNITÉ	
Auxiliaire de Puériculture/Technicienne d'intervention sociale et familiale (en cas de naissance multiple)	3 heures maximum au cours de la semaine faisant suite au retour au domicile
Aide à domicile (en cas de séjour supérieur à 8 jours en maternité OU de naissance multiple)	20 heures réparties sur 10 jours ouvrés consécutifs suivant le retour de l'Adhérent ou de son Conjoint au domicile
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT, DE MALADIE OU DE DÉCÈS D'UN PROCHE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
Accompagnement médico-social	Entretien téléphonique
Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum et/ou mise en relation avec un psychologue de ville
ACCOMPAGNEMENT PERTE D'AUTONOMIE	
Renseignements sur la perte d'autonomie	Entretiens téléphoniques/Mise en relation sans prise en charge
Accompagnement psychologique	Écoute psychologique par téléphone / 3 consultations maximum (par téléphone ou face à face ou remboursement des frais de consultation dans la limite de 60 € TTC
Accompagnement de l'Adhérent dépendant	Entretien téléphonique/Mise en relation sans prise en charge
Aide à la constitution de dossier	Entretiens téléphoniques
Bilan prévention autonomie	Entretiens téléphoniques
Bilan de situation (en cas de changement de GIR ou d'handicap d'un adhérent)	3 heures par Adhérent dépendant/handicapé
Aide à la recherche d'établissements temporaires ou permanents pour l'adhérent dépendant ou handicapé	Entretiens téléphoniques
Conseil en ressources sociales	Entretiens téléphoniques
Transport pour un examen ou un rendez-vous médical de l'adhérent dépendant ou handicapé	2 fois par an
Maintien dans l'emploi de l'Adhérent dépendant ou handicapé	Entretiens téléphoniques
Aménagement du domicile ou du véhicule de l'Adhérent dépendant ou handicapé	Organisation sans prise en charge
AIDE AUX AIDANTS	
Renseignements sur la perte d'autonomie	Entretiens téléphoniques/Mise en relation sans prise en charge
Accompagnement psychologique	Écoute psychologique par téléphone / 3 consultations maximum (par téléphone ou face à face ou remboursement des frais de consultation dans la limite de 60 € TTC



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



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