

Tableau de garanties



GAMME ANI

% 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

Garanties responsables 2025

			Taux Sécurité sociale	SS + ANI 1**	SS + ANI 2	SS + ANI 3	
SOINS COURANTS	Honoraires médicaux Généralistes, Spécialistes, Visites, Actes techniques médicaux	En parcours de soins	Médecin DPTAM(1)	70 %	100 %	175 %	225 %
			Médecin non DPTAM	70 %	100 %	150 %	200 %
		Hors parcours de soins	Médecin DPTAM	30 %	60 %	60 %	60 %
			Médecin non DPTAM				
	Honoraires paramédicaux Soins infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.			60 %	100 %	100 %	100 %
	Honoraires paramédicaux Séances de psychologue prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			60 %	100 %	100 %	100 %
	Analyses et examens de laboratoire Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			60 %	100 %	100 %	100 %
	Médicaments Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			15 % à 65 %	100 %	100 %	100 %
	Vaccins Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			-	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Matériel médical Grands et petits appareillages pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			60 %	100 %	150 %	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 % + 150 €/an	100 % + 200 €/an	
Soins à l'étranger Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire			60 % à 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 %
	Inlay-Onlay Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		60 %	125 %	125 %	125 %
	Prothèses Prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, panier libre et panier maîtrisé Lorsque le plafond est atteint, le remboursement est limité à 125% du BRSS		60 %	125 %	200 % plafond de 4 500€/an	300 % plafond de 4 500€/an
	Implants Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		-	-	200 €/an	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		-	-	200 €/an	300 €/an
Orthodontie Prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, remboursement versé au semestre		60 % à 100 %	125 %	200 %	300 %	

Taux
Sécurité
socialeSS +
ANI 1**SS +
ANI 2SS +
ANI 3

OPTIQUE	Prise en charge limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans sauf : <ul style="list-style-type: none"> 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 €
		Enfants < à 16 ans	60 %	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 €
		Enfants < à 16 ans	60 %	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 €
		Enfants < à 16 ans	60 %	150 €	150 €	150 €
	Suppléments pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire Prestations d'adaptation, d'appairage, de prismes	60 %	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	
	Enfants < à 16 ans	60 %	100 % + 100 €/an	100 % + 100 €/an	100 % + 100 €/an	
Chirurgie réfractive Forfait pour les 2 yeux en cas de myopie, d'hypermétropie, d'astigmatisme et de presbytie	-	-	-	200 €/an	300 €/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 % + 300 € par aide auditive
Suppléments pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire Piles, embout, etc.	60 %	100 %	100 %	100 %	

HOSPITALISATION	Frais de séjour					
		80 % à 100 %	100 %	100 %	100 %	
	Honoraires Chirurgiens / Anesthésistes	Médecin DPTAM	80 % à 100 %	100 %	150 %	200 %
		Médecin non DPTAM	80 % à 100 %	100 %	125 %	175 %
	Forfait journalier hospitalier Hors maisons d'accueil spécialisées (MAS) et établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
	Chambre particulière Tous services	-	-	60 €/jour Limité à 30 jours/an	80 €/jour Limité à 30 jours/an	
	Lit accompagnant Uniquement pour les accompagnants d'enfants âgés jusqu'à 12 ans ou d'adultes âgés à partir de 70 ans	-	-	50 €/jour Limité à 30 jours/an	50 €/jour Limité à 30 jours/an	
	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	
	Forfait sur les actes lourds	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
	Transport	55 %	100 %	100 %	100 %	

		Taux Sécurité sociale	SS + ANI 1**	SS + ANI 2	SS + ANI 3
APPAREILLAGE	Prothèses mammaires Forfait limité à 2 prothèses par an	60 % à 100 %	100 %	100 % + 200 €/an	100 % + 200 €/an
	Prothèse capillaire Forfait limité à 1 prothèse par an	60 % à 100 %	100 %	100 % + 200 €/an	100 % + 200 €/an

ACTES DE PRÉVENTION	Tous les actes de prévention pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	60 % à 70 %	100 %	100 %	100 %
---------------------	---	-------------	-------	-------	-------

LES + LMP	Ostéodensitométrie Non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	-	50 €/an	50 €/an
	Médecines douces Toutes medecines douces non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	-	30€ par séance Limité à 2 séances/an	30€ par séance Limité à 3 séances/an
	Consultation Podologue-Pédicure Non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	-	40 €/an	50 €/an
	Consultation Diététicien-Nutritionniste Non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	-	40 €/an	50 €/an
	Assistance santé et vie quotidienne	-	Services et avantages inclus dans tous les contrats pour vous faciliter la vie		
	Commission de Fonds de secours	-			
	Service de soutien psychologique - PSYA	-			
	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	-			

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.

**Formule garantissant la couverture minimale prévue par l'article 1 de la Loi relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

(1) DPTAM :

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

(2) Verres simples :

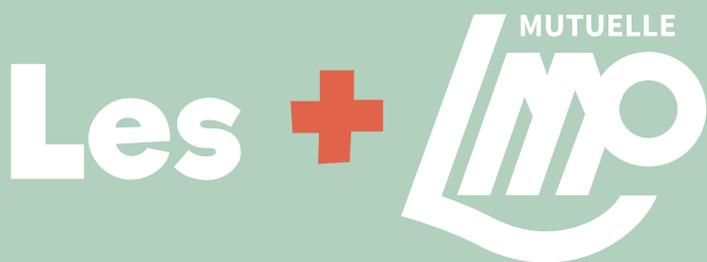
- équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;
- équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- équipement à verre unifocaux 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.



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

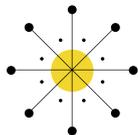
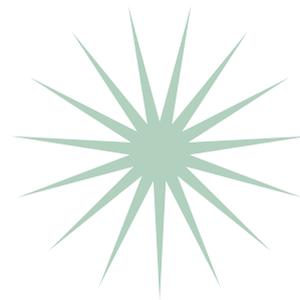
Bénéficiez de prestations d'assistance 24h/24, 7j/7, via notre partenaire Fil Assistance (aide-ménagère, garde d'enfants, acheminement de médicaments, aide juridique, etc.). RDV sur mutuellelmp.fr pour plus d'infos.



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.

Comment accéder :



au service de téléconsultation



Medaviz
Solution de télémédecine

2 options pour s'inscrire

1 Sur le site [mutuellemp.fr](https://www.mutuellemp.fr)

Cliquez sur **PRESTATIONS > TÉLÉCONSULTATION**, puis sur le bouton :

Je crée mon compte
Medaviz

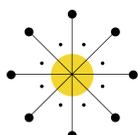
Renseignez votre code d'activation en saisissant les 10 chiffres de votre numéro d'adhérent suivis des 4 chiffres de votre année de naissance.

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 [mutuellemp.fr](https://www.mutuellemp.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](https://www.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.

