

# nutuus

by 

La mutuelle des 18-28 ans

## La mutuelle qui vous doit plus que la santé

Je m'assure pour 20€/mois



# Formule nutUus

Garantie responsable applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2022

% exprimé en BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité Sociale)  
incluant la prise en charge de la SS



## SOINS COURANTS

		Taux SS	SS + NutUus	
<b>Honoraires médicaux</b> <i>Généralistes, Spécialistes, Visites, Actes techniques médicaux</i>	En parcours de soins	Médecin DPTAM (1)	70%	120%
		Médecin non DPTAM	70%	100%
	Hors parcours de soins	Médecin DPTAM	30%	60%
		Médecin non DPTAM		
<b>Honoraires paramédicaux</b> <i>Soins infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc</i>		60%	100%	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b> <i>Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>		60%	100%	
<b>Médicaments</b> <i>Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>		15% à 65%	100%	
<b>Matériel médical</b> <i>Grands et petits appareillages pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>		60%	100%	
<b>Soins à l'étranger</b> <i>Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>		70%	100%	

## DENTAIRE

<b>Soins et prothèses 100% santé*</b>	70%	Frais réels, dans la limite des honoraires limites de facturation
<b>Soins et prothèses hors 100% santé</b>		
<b>Soins</b> <i>Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>	70%	100%
<b>Prothèses</b> <i>Prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, panier libre et panier maîtrisé</i>	70%	100%
<b>Détartrage</b> <i>Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, une fois par an</i>	100%	100%

## OPTIQUE

Prise en charge limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans sauf :

- 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).

Prise en charge de la monture plafonnée à 100€.

<b>Equipements 100% santé*</b>	60%	Frais réels, dans la limite des prix limites de vente
<b>Equipements hors 100% santé</b>		
<b>Équipement simple (2)</b> <i>Monture et verres simples</i>	60%	50 €
<b>Équipement complexe (3) et très complexe (4)</b> <i>Monture et verres complexes ou verres très complexes ou verres mixtes avec un verre complexe (un verre complexe + un verre très complexe)</i>	60%	200 €
<b>Équipement mixte</b> <i>Monture et verres mixtes avec un verre simple (un verre simple + un verre complexe ou un verre simple + un verre très complexe)</i>	60%	125 €
<b>Suppléments pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</b> <i>Prestations d'adaptation, d'appairage, de prismes</i>	60%	100%
<b>Lentilles</b> <i>Prises en charge ou non par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>	60%	100% + 100€/an
<b>Chirurgie réfractive</b> <i>Forfait pour les 2 yeux en cas de myopie, d'hypermétropie, d'astigmatisme et de presbytie</i>	-	200€/an

## AIDES AUDITIVES

Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans

<b>Equipements 100% santé*</b>	60%	Frais réels, dans la limite des prix limites de vente
<b>Equipements hors 100% santé</b>		
<b>Aide auditive</b> <i>Prise en charge dans la limite de 1700 € par aide auditive, remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire inclus</i>	60%	100% par aide auditive
<b>Suppléments pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</b> <i>Piles, embout, etc</i>	60%	100%

## HOSPITALISATION

<b>Frais de séjour</b>		80%	100%
<b>Honoraires</b> <i>Chirurgiens / Anesthésistes</i>	Médecin DPTAM (1)	80% à 100%	120%
	Médecin non DPTAM	80% à 100%	100%
<b>Forfait journalier hospitalier</b> <i>Hors maisons d'accueil spécialisées (MAS)</i>		-	Frais réels
<b>Forfait sur les actes lourds</b>		-	Frais réels
<b>Transport</b>		65%	100%

## ACTES DE PRÉVENTION

<b>Tous les actes de prévention pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</b> <i>Prise en charge limitée à 2 actes par an</i>		0 à 70%	100%
<b>Médecines douces</b> <i>Toutes médecines douces non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>		-	60€/an
<b>Consultations psychologiques</b> <i>non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>		-	10€/séance Limité à 5 séances /an
<b>Consultation Diététicien-Nutritionniste</b> <i>Non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>		-	10€/séance Limité à 4 séances /an
<b>Contraception d'urgence</b> <i>Pilule du lendemain, non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire</i>		-	20€/an
<b>Pack «protection intime»</b> <i>Prenant en charge les préservatifs, les contraceptifs (hors pilule du lendemain), les autotests VIH, les tests de grossesse et les protections hygiéniques</i>		-	100€/an

## LES+LMP

<b>Assistance santé et vie quotidienne</b>		-	inclus
<b>Commission de Fonds de secours</b>		-	inclus
<b>Téléconsultation MEDAVIZ</b>		-	inclus
<b>Deuxièmeavis.fr</b> <i>Obtenez l'avis d'un médecin expert de votre problème de santé</i>		-	inclus
<b>Réseau de soins Carte Blanche</b>		-	inclus
<b>Services digitaux</b> <i>Application mobile, extranet personnalisé, paiement en ligne, newsletter</i>		-	inclus
<b>Bulletin d'information trimestriel RECIPROQUE</b>		-	inclus

La formule proposée est dite «responsable et solidaire». 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.

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

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

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

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



# Quelques exemples



Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge
---	---	---	--	---	----------------

## HOSPITALISATION

Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00 € en service psychiatrique)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 €)	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	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€	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 745,54 €	745,54 €	721,54 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 355,00 €	271,70 €	271,70 €	54,34 €	28,96 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447,00 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	175,30 €
Séjour sans actes lourds L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80% BR	20% BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	0,00 €





Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge
---	---	---	--	---	----------------

## SOINS COURANTS

Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70% BR - 1€	30% BR	1€ 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€ de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32,00 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1€ de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70% BR - 1€	30% BR + dépassement si prévu au contrat	1,00€ de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32,00 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	15,00 €	9,00 €
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 plafonné à 100% BR)	1€ de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	32,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	57,00 €	23,00 €	15,10 €	6,90 €	35,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,40 €

# Quelques exemples

Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge
---	---	---	--	---	----------------

## DENTAIRE

Soins et prothèses 100 % santé	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo métallique sur molaires	537,48 €	107,50 €	75,25 €	32,25 €	429,98 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	Non remboursé	526,50 €

## OPTIQUE

Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV (4)	0,00 €
Ex : verres simples et monture	41,00 € (par verre) + 30,00 € (monture)	12,75 € par verre + 9,00 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Ex : verres progressifs et monture	90,00 € (par verre) + 30,00 € (monture)	27,00 € par verre + 9,00 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples et monture	100,00 € (par verre) + 139,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	50,00 €	288,91 €
Ex : verres progressifs et monture	231,00 € (par verre) + 139,00 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	200,00 €	400,91 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	100,00 €	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	200,00 €	NC



Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC)	Reste à charge
---	---	---	--	---	----------------

## AIDES AUDITIVES

Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 476,00 €	400,00 €	240,00 €	160,00 €	1 076,00 €

(1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

(2) Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

(3) La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

(4) Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

# Mutuelle Les Ménages Prévoyants

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 : NUTUUS**

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

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

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



### QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

Les montants des prestations sont soumis à des **plafonds** qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau des garanties. Les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut éventuellement rester à votre charge. Pour les paniers concernés par le 100% santé, il n'y a pas de reste à charge.

#### LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

✓ **Hospitalisation** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait sur les actes lourds, transport.

✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux (consultations généraliste, spécialistes, visites, actes techniques), honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments pris en charge par l'AMO\*, matériel médical, soins à l'étranger.

✓ **Dentaire** : Soins et prothèses 100% santé, soins dentaires, prothèses dentaires paniers libres et maîtrisés, détartrage pris en charge par l'AMO.

✓ **Optique** : Equipements 100% santé, autres équipements optiques (verres et monture), suppléments pris en charge par l'AMO (prestations d'adaptation, d'appairage, de prismes), lentilles prises en charge ou non par l'AMO, chirurgie réfractive.

✓ **Aides auditives** : Equipements 100% santé, aides auditives à tarifs libres, suppléments pris en charge par l'AMO (piles, embout)..

✓ **Prévention** : Actes de prévention pris en charge par la sécurité sociale, médecines douces, consultation diététicien-nutritionniste, contraception d'urgence, pack « protection intime ».

#### 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 téléconsultation Medavis 24h/24, 7j/7
- ✓ Service de deuxiemeavis.fr pour obtenir un deuxième avis médical
- ✓ Bulletin d'information trimestriel Réciproque
- ✓ Newsletter mensuelle

#### L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Filassistance : Assistance santé et vie quotidienne 24 heures/24 - 7 jours/7

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues à la couverture.



### QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépassements d'honoraires et soins hors nomenclature sauf si prévu dans le tableau de garanties.
- ✗ Les séjours en maison de retraite et assimilés Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) et Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).
- ✗ Les soins esthétiques et la thalassothérapie.
- ✗ Les accidents scolaires, les accidents de travail et ceux causés par un tiers responsable ou par un sport pratiqué sous licence sportive, pour lesquels les dépenses de santé sont prises en charge par un autre organisme assureur.



### Y'A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

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

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

#### PRINCIPALES RESTRICTIONS

! **Hospitalisation (honoraires)** : Le plafonnement des dépassements d'honoraires est limité à 120% BRSS\*\* pour les médecins signataires et 100% BRSS pour les non signataires du DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée).

! **Forfait journalier hospitalier** : Frais réels illimités hors Maisons d'Accueil Spécialisées et Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes.

! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières. Monture prise en charge à hauteur de 100€ maximum.

! **Dentaire** : Prothèses dentaires paniers libres et maîtrisés, prise en charge limitée à 100% BRSS.

! **Aides auditives** : Forfait annuel par prothèse limité à une aide auditive par oreille par période de 4 ans, dans la limite de 1700€ par aide auditive remboursement de l'AMO inclus.

! **Actes de prévention** : Prise en charge limitée à 2 actes par an.

! **Consultation Diététicien-Nutritionniste** : Forfait par séance limité à 4 séances par an.

! **Consultation de psychologue** : Forfait par séance limité à 5 séances par an.

#### AUTRES RESTRICTIONS PRÉVUES AU CONTRAT

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

! **Filassistance** : voir conditions dans les documents pré contractuels.

\* AMO : Assurance Maladie Obligatoire

\*\* BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale





## OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, la Mutuelle prend en charge les soins remboursés par la Sécurité sociale française, dans la limite du montant ou taux prévu par la garantie.



## QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

**Sous peine de nullité du contrat ou de non garantie, l'adhérent devra :**

**À la souscription du contrat :**

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

**En cours de contrat :**

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins.
- Informer la Mutuelle, par courrier, email ou via l'espace personnel de toutes modifications concernant : son adresse, son rattachement aux régimes d'assurance maladie obligatoire, ses coordonnées bancaires, sa situation matrimoniale, etc.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée sur l'échéancier de paiement.

**En cas de résiliation du contrat :**

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



## QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

- ✓ Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvements automatiques sur le compte bancaire du membre participant, selon une périodicité et des dates laissées au choix du membre participant : mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle exigibles le 5, 10, 15, 20, 25 ou 30 du mois de l'échéance.
- ✓ Les paiements par chèque ou virement sont autorisés uniquement pour les règlements de cotisations à échéance trimestrielle, semestrielle ou annuelle et doivent être effectués par avance, avant le 10 du premier mois de la périodicité choisie.

Le membre participant ayant opté pour un paiement par chèque ou virement peut également régler ses cotisations par carte bancaire, en allant sur son espace personnel et sécurisé depuis le site internet de la Mutuelle [www.mutuellemp.fr](http://www.mutuellemp.fr).



## QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion du membre participant à la couverture de garantie prend effet, sous réserve des droits de renonciation le cas échéant applicables et de la réception par la Mutuelle de la demande d'adhésion, à la date librement fixée par le membre participant, sur son bulletin d'adhésion, et au plus tôt à la date de signature du bulletin d'adhésion.

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année sauf résiliation par l'une des parties dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

- à votre initiative : cf. le paragraphe ci-après
- à l'initiative de la Mutuelle : en cas d'atteinte portée aux intérêts de la mutuelle et en cas de défaut de paiement de cotisation.



## COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Pour tous les cas de résiliation, lorsque le membre participant souhaite dénoncer son adhésion, la notification à la Mutuelle peut être effectuée au choix de l'intéressé soit :

- par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique ;
- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- par acte extrajudiciaire ;
- par un mode de communication à distance lorsque le contrat a été conclu par ce mode de communication ;
- Par le biais de l'espace personnel de l'adhérent (onglet : nous contacter/choisir le sujet de ma demande : résiliation).

Résiliation annuelle : Le membre participant peut résilier son adhésion, chaque année, au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours, soit avant le 31 octobre.

Conformément à l'article L.221-10-1 du Code de la Mutualité, le membre participant est informé de la date limite d'exercice de son droit à dénonciation de son adhésion dans l'avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant la date fixée, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Résiliation infra-annuelle : Le membre participant peut dénoncer son adhésion après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.

Résiliation pour modification du risque assuré : En cas de survenance de certains événements (changement de domicile, changement de situation matrimoniale, etc) ayant une influence directe sur les risques garantis, il peut être mis fin à l'adhésion par le membre participant.

Résiliation en cas d'adhésion obligatoire à un contrat collectif : Le membre participant doit joindre impérativement à sa demande de résiliation, l'attestation nominative de son employeur précisant le caractère obligatoire et la date d'effet de son adhésion à ce contrat.



# nutuus by LMP

**La mutuelle qui vous doit  
plus que la santé**

Nos app



Suivez-nous



**nutuus.fr**



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

