

INFOSANTÉ

Votre Régime
Frais de santé

Janvier 2023



SOMMAIRE

FRAIS D'HOSPITALISATION	3
SOINS COURANTS	4
QUELQUES MOTS SUR CARTE BLANCHE	5
FRAIS DENTAIRE	6
FRAIS D'OPTIQUE	9
AIDES AUDITIVES	12
LE POINT SUR VOS DÉMARCHES	13
GARANTIE « ASSISTANCE À DOMICILE IMA »	14
ANALYSE DE DEVIS ET CONSEILS	14
COMMENT OBTENIR LE VERSEMENT DES PRESTATIONS ?	14
DOCUMENTS À JOINDRE AUX DEMANDES DE REMBOURSEMENTS	15
POUR TOUT RENSEIGNEMENT	16

Nous vous présentons ici un résumé de vos garanties Frais de santé, qui viennent en complément des prestations en nature de la Sécurité sociale.

Frais d'hospitalisation

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées, compte tenu des prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) sur la base du Régime Général et le cas échéant par tout autre organisme.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	
Forfait journalier hospitalier	100% FR
HONORAIRES	
Honoraires du ou des praticiens - actes de chirurgie, d'anesthésie et de réanimation :	
- médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾ :	100% FR dans la limite de 400% MR
- médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾ :	100% TM + 125% MR*
Forfait Patient Urgence	100% FR
Franchise pour actes techniques	100% FR
AUTRES ACTES	
Frais de séjour - Frais de salle d'opération	100% FR dans la limite de 400% MR
Chambre particulière	100% FR dans la limite de 2,50% PMSS ⁽²⁾ (91,65 €) par jour
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	100% FR dans la limite de 2% PMSS ⁽²⁾ (73,32 €) par jour
FRAIS DE TRANSPORT	
Frais de transport, prescrits médicalement, pris en charge par l'AMO	100% FR dans la limite du TM
CURE THERMALE PRISE EN CHARGE PAR L'AMO	
- Forfait de surveillance médicale	1% PMSS ⁽²⁾ (36,66€) par jour dans la limite de 21 jours
- Forfait thermal	
- Frais de transport et d'hébergement	
MATERNITÉ (y compris hospitalisation)	
Indemnité forfaitaire (un seul forfait par naissance)	40% PMSS ⁽²⁾ (1466,40 €) par enfant à l'exclusion de tout autre remboursement
ADOPTION D'UN ENFANT	
Indemnité forfaitaire (un seul forfait par adoption)	40% PMSS ⁽²⁾ (1466,40 €) par enfant à l'exclusion de tout autre remboursement

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale MR : montant remboursé par la Sécurité sociale TM : Ticket modérateur. (différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime obligatoire d'assurance maladie, avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

(1) Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou DPTAM-CO (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique).

(2) PMSS : Valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins Exercice 2023 : 3666 €. Vous pourrez consulter le montant actualisé du PMSS au 1^{er} janvier de chaque année en vous connectant à l'adresse suivante : www.securite-sociale.fr/la-secu-et-vous/baremes.

* quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée est limitée à 100 % de la BR.

Les frais d'hospitalisation liés à la naissance ou l'adoption d'un enfant font l'objet d'un versement forfaitaire de 40 % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) sont exclus.

Soins courants

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) ou tout autre organisme. Elles sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées et sont versées dans la limite des frais réels.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations médicales et visites médicales du généraliste :	
Dans le parcours de soin :	
- Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100% FR dans la limite de 200% MR
- Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100% FR dans la limite de 171,42% MR**
Hors du parcours de soin :	80% FR dans la limite de 100% MR
Consultations médicales et visites médicales du spécialiste et du professeur :	
Dans le parcours de soin :	
- Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100% FR dans la limite de 250% MR
- Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100% FR dans la limite de 185,71% MR**
Hors du parcours de soin :	80% FR dans la limite de 150% MR
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie médicale et électrothérapie :	
Dans le parcours de soin :	
- Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100% FR dans la limite de 400% MR
- Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100% FR dans la limite de 185,71% MR**
Hors du parcours de soin :	80% FR dans la limite de 200% MR
Participation forfaitaire pour les actes lourds	100% FR
HONORAIRES PARAMEDICAUX	
Actes d'auxiliaires médicaux	100% FR dans la limite de 400% MR
Consultations de psychologues prises en charge l'AMO	100 % TM
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
Frais d'analyses médicales, d'examens de laboratoire et de biologie médicale	100% FR dans la limite de 400% MR
MEDICAMENTS	
Frais pharmaceutiques, prescrits médicalement, pris en charge par l'AMO	100% TFR
MATERIEL MEDICAL	
Prothèses médicales non dentaires prises en charge par l'AMO :	
- Appareil orthopédique :	100% FR dans la limite de 400% MR
- Fournitures et appareillages médicaux non dentaires :	100% FR dans la limite de 400% MR
MEDECINE DOUCE - PREVENTION	
Ostéodensitométrie	100% FR dans la limite de 31€ par année civile et par bénéficiaire
Ostéopathie - Chiropractie - Psychologie - Diététique - Sophrologie (***)	30€ par séance dans la limite de 4 séances par année civile et par bénéficiaire toutes spécialités confondues
MR : Montant remboursé par la Sécurité sociale PMSS : Valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins 2023 : 3666 €.	
* Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou DPTAM-CO (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique).	
** Quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée est limitée à 100 % de la BR.	
*** Actes prescrits et pratiqués par un professionnel de santé disposant d'un diplôme d'état dans sa spécialité et d'un numéro d'immatriculation au registre du commerce (numéro SIRET).	



DISPOSITIF « MONPSY »

Le dispositif « MonPsy » prévoit la prise en charge de séances d'accompagnement psychologique. Votre couverture frais de santé prend en charge le ticket modérateur des séances effectuées dans le cadre de ce dispositif.

Quelques mots sur Carte Blanche

Le régime du Groupe Orange vous ouvre les portes du réseau Carte Blanche. Vous bénéficiez des avantages et des services proposés par le premier réseau de professionnels de santé, partout en France.

En savoir plus sur Carte Blanche :

Rendez-vous sur www.lamutuellegenerale.fr et cliquez sur [Mon Espace Adhérent](#)

L'annuaire des professionnels de santé et leur géolocalisation sont mis à votre disposition sur votre espace adhérent dans la rubrique « Services et avantages/être guidé et se simplifier la vie/les opticiens Carte Blanche près de chez vous : optique de qualité à des tarifs avantageux. »

Vous avez besoin d'une nouvelle carte de tiers payant ? Téléchargez-la depuis votre espace adhérent de la Mutuelle Générale puis imprimez-la.


Carte de tiers payant

Carte Blanche Partenaires gère les conventions de Tiers Payant pour plus de 180 000 professionnels de santé : pharmacies, laboratoires, radiologues, infirmiers, kinésithérapeutes, ambulanciers, fournisseurs d'appareillage, orthophonistes, orthoptistes, établissements hospitaliers privés et publics etc.

Coordonnées du site de gestion

Période de validité de la carte

Numéro d'adhésion



LA MUTUELLE GENERALE CG 709
TSA 41423
75211 PARIS CEDEX 13
Tel : 0 969 397 497 (Appel non surtaxé)

almerys N° AMC 775 685 340
Type de Conv/CSR MU / 999
N° NNI 1999999999999
Editée le 18/11/2022

Tel. Praticiens : 0 825 826 214
Fax PEC : 0 825 826 196

Mode de validité 01/01/2023 au 31/12/2023
N° de carte 20220123456790
N° de télétransmission/DRE 98532001
N° Adhésion 2000nnnnn Produit CMC50

BÉNÉFICIAIRE - NOM - PRÉNOM QUALITE - DATE DE NAISSANCE	N° NNI	codes DRE/STS	AUTRES GARANTIES - VOIR VOTRE DESCRIPTIF PRESTATIONS									
			TPNOE	SE*	060 PHAR	060 MG*	060 MS*	060 400%R	060 200%R	060 400%R	060 300%R	021 TRA
MARTIN Mathieu 12345678901 Assuré	Né (e) le 15/12/1974	1999999999999	NON	OUI	100%\$	190%A	200%B	400%R	200%R	400%R	300%R	100%
MARTIN Aurélie 13456789012 Ayant droit	Né (e) le 10/06/1976	2999999999999	NON	OUI	100%\$	190%A	200%B	400%R	200%R	400%R	300%R	100%
MARTIN Emma 14567890123 Ayant droit	Né (e) le 20/03/2002	2999999999999	NON	OUI	100%\$	190%A	200%B	400%R	200%R	400%R	300%R	100%
MARTIN Theo 15678901234 Ayant droit	Né (e) le 05/10/2017	1999999999999	NON	OUI	100%\$	190%A	200%B	400%R	200%R	400%R	300%R	100%

S: LPRR 400% du remboursement SS R: du RBSS Si CAS ou OPTIAM (A: 200% du RBSS; B: 250% du RBSS; C: 400% du RBSS)
* Si respect du parcours de soins.
PEC hospitalisation via almerys. PEC optique, dentaire et audiprothèse via CBPEC 0 969 396 639 (Appel non surtaxé)

N° SIREN : 775685340 - MUTUELLE SOUSMISE AU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITE

CES TAUX S'APPLIQUENT À LA BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Bénéficiaires du contrat

Taux de remboursement des prestations non soumises à prise en charge

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

VOTRE CONTACT
www.almerys.com
0 825 826 214
almerys ALMERY'S - 46, rue du Ressort
63997 Clermont-Ferrand - cedex 9

CODIFICATIONS

TPNOE pratique de tiers payant
PHAR toute la pharmacie y compris PH2
PH2 pharmacie PH2*
PH4 pharmacie PH4*
PH7 pharmacie PH7*
PH7/L PH7* + produits LPPR*
PH7/LA PH7* + PH4* + produits LPPR*
SIB biologie hors SE
RAD radiologie hors SE
AUD audiprothèse

* y compris honoraires de dispensation

BÉNÉFICIAIRES

VOTRE CONTACT
Pour toute information:
adherent.lamutuellegenerale.fr

Sur votre Espace Adhérent :

- consultez vos remboursements en ligne;
- retrouvez le détail de vos garanties;
- localisez les professionnels de santé qui pratiquent le tiers payant almerys (dispense d'avance de frais);
- posez toutes les questions que vous souhaitez sur votre contrat.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition ou d'effacement auprès du Délégué à la Protection des Données (meddonnees@lamutuellegenerale.fr)

LA MUTUELLE générale

Carte Tiers Payant

Informations destinées aux professionnels de santé

2 cartes « papier » + 100% accessible depuis votre smartphone

4 avantages immédiats :

- 1 Vous réalisez des économies (notamment sur les postes optique et dentaire...),
- 2 Vous n'avancez pas de frais,
- 3 Vous recevez des soins de qualité,
- 4 Enfin tout en gardant le libre choix de votre professionnel de santé, vous savez qui et où consulter.



Frais dentaires

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) ou tout autre organisme. Elles sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées et sont versées dans la limite des frais réels.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES 100% SANTÉ*	
Soins et prothèses dentaires 100% santé	100% FR dans la limite des honoraires limites de facturation**
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES À TARIFS MAÎTRISÉ ET LIBRE	
Soins dentaires pris en charge par l'AMO	100% FR dans la limite de 300% MR
Inlay Onlay pris en charge par l'AMO	100% FR dans la limite de 300% MR
PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR L'AMO (DONT COURONNE SUR IMPLANT, COURONNE PROVISoire ET INLAY CORE)	
- Dents de devant (mâchoire supérieure : n° 11 à 15 et 21 à 25 / mâchoire inférieure : n° 31 à 35 et 41 à 45) :	500 % MR dans la limite des FR
- Dents du fond (mâchoire supérieure : n° 16 à 18 et 26 à 28 /mâchoire inférieure : n°36 à 38 et 46 à 48) :	400 % MR dans la limite des FR
PROTHÈSES DENTAIRES NON PRISES EN CHARGE PAR L'AMO INSCRITES À LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX (CCAM)	
- Dents de devant (mâchoire supérieure : n° 11 à 15 et 21 à 25 / mâchoire inférieure : n° 31 à 35 et 41 à 45)	80% FR dans la limite de 391€ par dent
- Dents du fond (mâchoire supérieure : n° 16 à 18 et 26 à 28 /mâchoire inférieure : n°36 à 38 et 46 à 48)	80% FR dans la limite de 310€ par dent
Implantologie non prise en charge par l'AMO	100% FR dans la limite de 28% PMSS (soit 1 026,48 €) par année civile et par bénéficiaire
TRAITEMENT ORTHODONTIQUE	
Traitement orthodontique pris en charge par l'AMO	100% FR dans la limite de 350% MR
Traitement orthodontique non pris en charge par l'AMO (bénéficiaire de moins de 16 ans)***	80% FR dans la limite de 580€ par semestre

* Les prothèses dentaires fixes 100% santé sont remboursées intégralement depuis le du 1^{er} janvier 2020, les prothèses dentaires amovibles 100% santé sont remboursées intégralement depuis le du 1^{er} janvier 2021 conformément à la réglementation du cahier des charges des contrats responsables et la nomenclature des actes 100% Santé.

** Dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) tels que définis réglementairement par le cahier des charges des contrats responsables, remboursement de l'AMO inclus.

*** Seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'état. Cet orthodontiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.

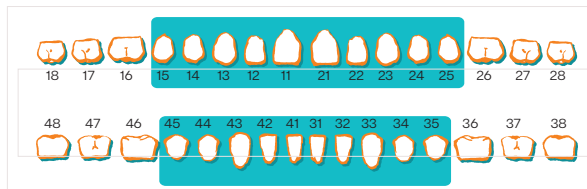
Prothèses dentaires

Le montant du plafond de remboursement des prothèses dentaires est plus élevé pour les dents visibles au sourire appelées dents de devant.

Il s'agit des canines, des incisives et des prémolaires numérotées de 11 à 15 et de 21 à 25 pour la mâchoire supérieure, de 31 à 35 et de 41 à 45 pour la mâchoire inférieure.

Le schéma ci-dessous vous permet de visualiser les dents concernées.

Le plafond de remboursement est moins élevé pour les molaires nommées dents du fond.



Exemples de remboursements :

Vous allez chez un dentiste pour un détartrage pris en charge par la Sécurité sociale



Vous allez chez un dentiste conventionné qui vous pose une couronne

La couronne est acceptée par la Sécurité sociale.

Le taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire pris en compte dans les exemples est de 70%.

Le reste à charge est en fonction de vos frais réels, de la position de la dent et des matériaux, dans tous les cas, faites un devis !

° Incisive (dent n°11), canine (dent n°23) ou 1^{re} prémolaire (dent n°14) ==> Dents de devant (voir classification)

Panier 100% santé (BR 120 €)	Panier 100% santé (BR 120 €)	Panier Libre (BR 107,50 €)
Céramique monolithique avec Zircone	Céramo monolithique sans zircone Céramométallique	Céramo céramique
Frais réels engagés de 440 € ⁽¹⁾	Frais réels engagés de 500 € ⁽¹⁾	Frais réels engagés de 900 € ⁽²⁾
84 € Sécurité sociale	84 € Sécurité sociale	75,25 € Sécurité sociale
356 € Régime frais de santé	416 € Régime frais de santé	376,25 € Régime frais de santé
0 € À votre charge	0 € À votre charge	448,50 € À votre charge

(1) Honoraire Limite de Vente

(2) Honoraire Libre

° 2^e prémolaire (dent n°15) ==> Dents de devant (voir classification)

Panier 100% santé (BR 120 €)	Panier Maîtrisé (BR 120 €)	Panier Libre (BR 107,50 €)
Céramique monolithique avec Zircone	Céramométallique	Céramo céramique
Frais réels engagés de 440 € ⁽¹⁾	Frais réels engagés de 550 € ⁽¹⁾	Frais réels engagés de 900 € ⁽²⁾
=	=	=
84 € Sécurité sociale	84 € Sécurité sociale	75,25 € Sécurité sociale
+	+	+
356 € Régime frais de santé	420 € Régime frais de santé	376,25 € Régime frais de santé
+	+	+
0 € À votre charge	46 € À votre charge	448,50 € À votre charge

° Molaire (dent n°17) ==> Dents du fond (voir classification)

Panier 100% santé (BR 120 €)	Panier Maîtrisé (BR 120 €)	Panier Libre (BR 107,50 €)
Métallique	Céramo monolithique avec zircone	Céramo céramique
Frais réels engagés de 290 € ⁽¹⁾	Frais réels engagés de 440 € ⁽¹⁾	Frais réels engagés de 539 € ⁽²⁾
=	=	=
84 € Sécurité sociale	84 € Sécurité sociale	75,25 € Sécurité sociale
+	+	+
206 € Régime frais de santé	336 € Régime frais de santé	301 € Régime frais de santé
+	+	+
0 € À votre charge	20 € À votre charge	162,75 € À votre charge

(1) Honoraire Limite de Vente

(2) Honoraire Libre

Votre dentiste a l'obligation de vous présenter un devis. Par contre, il n'a pas l'obligation de vous présenter un devis 100% Santé ou à tarif maîtrisé. Votre dentiste doit cependant vous informer si le devis qu'il présente en tarif libre concerne des prothèses pour lesquelles un devis « 100% santé » ou à tarif maîtrisé est possible. Cette alternative peut faire l'objet d'un devis séparé.

Vous pouvez obtenir une analyse de devis via votre Espace Adhérent La Mutuelle Générale, rubrique "Services et avantages" ou par courrier via l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant.

Dans la majeure partie des cas, le reste à charge peut être diminué si vous allez dans le réseau Carte Blanche.

Frais d'optique

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) ou tout autre organisme. Elles sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées et sont versées dans la limite des frais réels.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
------------------	-------------

ÉQUIPEMENTS

Dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) corrigeant un déficit de vision ou une combinaison de déficits toutes les deux années dites glissantes pour un bénéficiaire âgé de 16 ans ou plus décomptées à partir de la date de facturation dudit équipement. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans, cette limitation est ramenée à une année. En tout état de cause, quel que soit le niveau de correction du défaut visuel, le remboursement de la monture prise en charge ne pourra excéder 100€ (Assurance Maladie Obligatoire comprise)

ÉQUIPEMENTS DE CLASSE A (100% SANTE)*

Monture prise en charge par l'AMO :	100% FR dans la limite du PLV*** tel que défini réglementairement
Verres pris en charge par l'AMO :	100% FR dans la limite du PLV*** tel que défini réglementairement
Suppléments optiques pris en charge par l'AMO :	100% FR dans la limite du PLV*** tel que défini réglementairement

ÉQUIPEMENT DE CLASSE B (PANIER LIBRE)

Monture prise en charge par l'AMO :	
- Dans le réseau d'opticiens partenaires :	100 % FR - MR dans la limite de 100 €
- Hors du réseau d'opticiens partenaires :	95 % FR - MR dans la limite de 100 €

Verres pris en charge par l'AMO :

PLAFONDS PAR VERRE SELON LES CRITÈRES DU CONTRAT RESPONSABLE ET DU CONTRAT ORANGE**

Typologie des verres selon les garanties groupe Orange et correspondance avec typologie selon les critères des contrats responsables		Plafonds de garanties de VERRES, par verre et HORS MONTURES	
		Type de verres	Garanties Orange suivant PMSS 2023
N°11	Simple foyer, de sphère allant de -6 à +6 dioptries	Simple	4 % PMSS, soit 146,64 €
N°21	Simple foyer, de cylindre inférieur ou égal à +4 dioptries et de sphère allant de -6 à 0 dioptries	Simple	4 % PMSS, soit 146,64 €
	Simple foyer, de sphère positive et de somme S inférieure ou égale à 6 dioptries	Simple	4 % PMSS, soit 146,64 €
N°12 - 13	Simple foyer, de sphère hors zone de -6 à +6 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 274,95 €
N°22-24	Simple foyer, de cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptries et de sphère inférieure à -6 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 274,95 €
N°22	Simple foyer, de sphère positive et de somme S supérieure à 6 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 274,95 €
N°23	Simple foyer, de cylindre supérieur à +4 dioptries et de sphère allant de -6 à 0 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 274,95 €
N°31	Multifocal ou progressif, de sphère allant de -4 à +4 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 274,95 €
N°32	Multifocal ou progressif, de sphère située en dehors de la zone allant de -4 à +4 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 366,60 €
N°41	Multifocal ou progressif, de cylindre inférieur ou égal à +4 dioptries et de sphère allant de -8 à 0 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 274,95 €
	Multifocal ou progressif, de sphère positive et de somme S inférieure ou égale à 8 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 274,95 €
	Multifocal ou progressif, de cylindre supérieur à +4 et de sphère allant de -8 à 0 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 366,60 €

NATURE DES FRAIS		PRESTATIONS	
N°42	Multifocal ou progressif, de cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptrie et de sphère inférieure à -8 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 366,60 €
	Multifocal ou progressif, de sphère positive et de somme S supérieure à +8 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 366,60 €
Supplément optiques pris en charge par l'AMO		100 % TM	

LENTILLES

Lentilles correctrices prises en charge par l'AMO En tout état de cause, les lentilles correctrices prises en charge par l'AMO sont remboursées à hauteur de 100 % TM.	100 % FR dans la limite de 15 % PMSS (soit 549,90 €) par année civile et par bénéficiaire
Lentilles correctrices non prises en charge par l'AMO y compris les lentilles correctrices jetables	100 % FR dans la limite de 10 % PMSS (soit 366,60 €) par année civile et par bénéficiaire

CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Chirurgie réfractive	100 % FR dans la limite de 24% PMSS (soit 879,84 €) par œil
----------------------	---

PMSS : le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) est fixé chaque année par les pouvoirs publics sous forme de décret

* Les verres, montures et suppléments de classe A (100 % santé) sont définis réglementairement par le cahier des charges des contrats responsables. Le Panier Libre correspond au panier hors 100 % Santé.

** La prise en charge d'un équipement (2 verres + 1 monture) y compris Sécurité sociale ne peut pas dépasser les plafonds réglementaires des contrats responsables.

*** Plafond Limite de Vente

Les garanties optiques respectent les planchers par équipement imposés par l'article D.911-1 4° du Code de la sécurité sociale portant sur la couverture minimale.

Les types de verres sont segmentés entre verres simples, complexes et hyper complexes (très complexes) selon le niveau de sphère et cylindre comme précisé dans le tableau des garanties.

NATURE DE L'ÉQUIPEMENT	PRESTATIONS
1 monture + 2 verres simples	420 €
1 monture + 2 verres complexes	700 €
1 monture + 2 verres hyper complexes	800 €
1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	560 €
1 monture + 1 verre simple + 1 verre hyper complexe	610 €
1 monture + 1 verre complexe + 1 verre hyper complexe	750 €

Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture au sein d'un équipement est limitée à 100 euros.

Exemples de remboursements :

Vous achetez une paire de lunettes pour adulte (16 ans et plus)

1 monture + 2 verres simples n°11 (voir classification)

Lunettes de classe A (100% santé) =	Monture	2 verres	Lunettes de classe B (Panier Libre) =	Monture	2 verres
125 € Frais Réels engagés	▶ 30 €	+ 95€	345 € Frais Réels engagés	▶ 130 €	+ 215€
22,50 € Sécurité sociale	▶ 5,40 €	+ 17,10 €	0,09 € Sécurité sociale	▶ 0,03 €	+ 0,06 €
102,50 € Régime Frais de Santé	▶ 24,60 €	+ 77,90 €	314,91 € Régime Frais de Santé	▶ 99,97 €	+ 214,94 €
0 € Reste à votre charge	▶ 0 €	+ 0 €	30 € Reste à votre charge	▶ 30 €	+ 0 €

Vous achetez une paire de lunettes pour adulte (16 ans et plus)

1 monture + 2 verres complexes n°41 (voir classification)

Lunettes de classe A (100% santé) =	Monture	2 verres	Lunettes de classe B (Panier Libre) =	Monture	2 verres
210 € Frais Réels engagés	▶ 30 €	+ 180€	692 € Frais Réels engagés	▶ 150 €	+ 542 €
37,80 € Sécurité sociale	▶ 5,40 €	+ 32,40 €	0,09 € Sécurité sociale	▶ 0,03 €	+ 0,06 €
172,20 € Régime Frais de Santé	▶ 24,60 €	+ 147,60 €	614,17 € Régime Frais de Santé	▶ 99,97 €	+ 514,20 €
0 € Reste à votre charge	▶ 0 €	+ 0 €	77,74 € Reste à votre charge	▶ 50 €	+ 27,74 €

Vous achetez une paire de lunettes pour votre enfant (moins de 16 ans)

1 monture + 2 verres simples n°11 (voir classification)

Lunettes de classe A (100% santé) =	Monture	2 verres	Lunettes de classe B (Panier Libre) =	Monture	2 verres
125 € Frais Réels engagés	▶ 30 €	+ 95€	250 € Frais Réels engagés	▶ 100 €	+ 150€
22,50 € Sécurité sociale	▶ 5,40 €	+ 17,10 €	0,09 € Sécurité sociale	▶ 0,03 €	+ 0,06 €
102,50 € Régime Frais de Santé	▶ 24,60 €	+ 77,90 €	249,91 € Régime Frais de Santé	▶ 99,97 €	+ 149,94 €
0 € Reste à votre charge	▶ 0 €	+ 0 €	0 € Reste à votre charge	▶ 0 €	+ 0 €

Vous achetez une paire de lunettes pour votre enfant (moins de 16 ans)

1 monture + 2 verres complexes n°41 (voir classification)

Lunettes de classe A (100% santé) =	Monture	2 verres	Lunettes de classe B (Panier Libre) =	Monture	2 verres
210 € Frais Réels engagés	▶ 30 €	+ 180€	350 € Frais Réels engagés	▶ 100 €	+ 250 €
37,80 € Sécurité sociale	▶ 5,40 €	+ 32,40 €	0,09 € Sécurité sociale	▶ 0,03 €	+ 0,06 €
172,20 € Régime Frais de Santé	▶ 24,60 €	+ 147,60 €	349,91 € Régime Frais de Santé	▶ 99,97 €	+ 249,94 €
0 € Reste à votre charge	▶ 0 €	+ 0 €	0 € Reste à votre charge	▶ 0 €	+ 0 €

La prise en charge de l'équipement optique remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire est limitée à un équipement tous les deux ans, composé de deux verres et d'une monture.

Cette période est réduite à :

- 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue pour les adultes de 16 ans et plus;
- 6 mois pour les moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur;
- 6 mois en cas de perte de l'équipement ou de bris de verres pour les patients ayant un trouble neurologique avec atteinte de la motricité fine ou déficience intellectuelle sévère.

Dans ce cas, la demande doit préalablement être instruite par la Mutuelle Générale. A réception de l'accord de la Mutuelle Générale, la prise en charge peut être demandée.

Aucun délai de renouvellement minimal des verres (hors monture) n'est applicable pour les moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ou pour tout patient en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales particulières telles que visées par le paragraphe VIII.2 de l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au JO du 31/12/2018.

Le calcul de la période s'apprécie sur 24 mois glissants (ou 12 mois glissants pour les cas précités), à compter de la date de facturation de l'équipement.

Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du dernier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après. En cas d'achat séparé d'une composante de cet équipement, les différentes périodes sont également applicables. Lorsque les 2 verres sont délivrés et pris en charge de façon espacée dans le temps, la date à partir de laquelle le délai de renouvellement est compté est celle de délivrance du dernier verre.

En cas de double prescription (vision de près et vision de loin) à la même date, les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément. La délivrance d'un équipement avec des verres progressifs ou multifocaux en remplacement de 2 équipements est permise lorsque la période de renouvellement est échue pour chacun des 2 équipements.

La Mutuelle Générale peut demander une facture détaillée et acquittée des frais d'optique.

En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, il est demandé de fournir une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction ou la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Dans ce cas, il est également demandé de transmettre à la Mutuelle Générale la prescription médicale de l'équipement précédent ou tout document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.

Aides auditives

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) ou tout autre organisme. Elles sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées et sont versées dans la limite des frais réels.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
Dans la limite d'une aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille	
Équipement 100 % Santé (*) – Classe I*	
Appareil auditif	100 % FR dans la limite des PLV *
Piles, accessoires et gestion administrative	100 % FR dans la limite des PLV *
Équipement tarif Libre (*) – Classe II	
Appareil auditif	100 % FR dans la limite de 540 % MR**
Piles, accessoires et gestion administrative	100 % FR dans la limite de 540 % MR

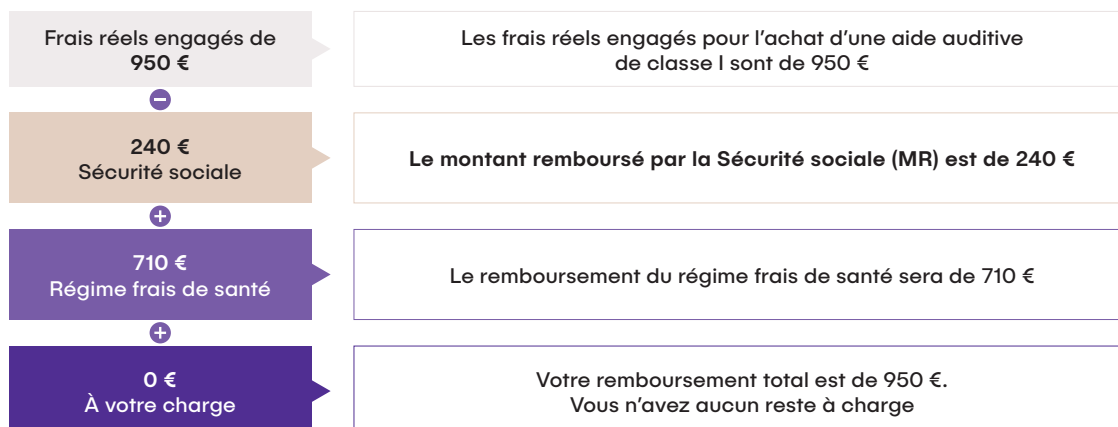
PLV : Prix Limite de Vente

(*) tel que défini réglementairement

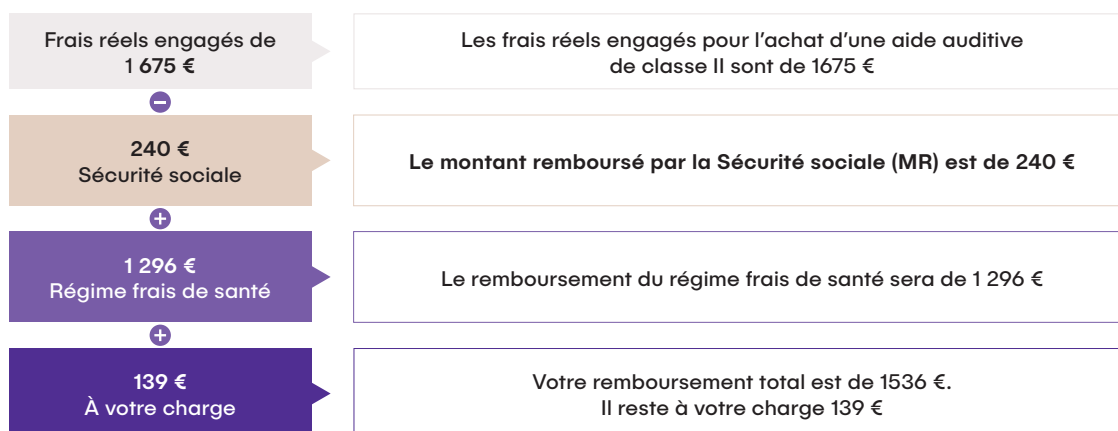
(**) la prise en charge ne peut excéder le plafond de garanties des contrats responsables fixé à 1700 € (assurance maladie obligatoire + complémentaire santé) par appareil.

Exemples de remboursements :

Vous achetez une aide auditive de classe I (100 % Santé) pour adulte (20 ans et plus)



Vous achetez une aide auditive de classe II pour adulte (20 ans et plus)



(1) Prix Limite de Vente

(2) Prix Libre

Vos démarches

Comment obtenir une prise en charge, le versement des prestations ou un devis ?

Prise en charge

La pratique du Tiers payant est conditionnée par l'obtention d'un accord de prise en charge délivré par Almérys/Carte Blanche. En effet, le remboursement de la part complémentaire dépend des soins déjà effectués au cours de la période de référence (année civile ou 24 mois de date à date pour l'optique) et des plafonds prévus pour chaque type de garantie. Le professionnel de santé fera une demande de prise en charge auprès d'Almérys/Carte Blanche afin de déterminer le montant restant à la charge de l'assuré.

Devis pour frais dentaires, d'optique ou d'audio

Votre opticien et votre audioprothésiste ont l'obligation de vous proposer un devis comportant au moins une solution 100 % Santé sans reste à charge.

Votre dentiste n'en a pas l'obligation, pensez à le lui demander.

Dans tous les cas : pensez à faire analyser votre devis en l'envoyant à La Mutuelle Générale via votre Espace Adhérent La Mutuelle Générale, rubrique "Services et avantages" ou par courrier via l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant.

Versement des prestations

● Vous bénéficiez de la télétransmission (Procédure Noémie)

Vous présentez votre carte Vitale et vous serez directement remboursé sur votre compte courant pour votre part complémentaire par La Mutuelle Générale sans avoir besoin d'envoyer les décomptes Sécurité sociale. La part obligatoire de la Sécurité sociale sera réglée directement au professionnel de santé sans aucune démarche de votre part.

● Le Tiers payant intégral : aucune avance de frais

Vous devez présenter votre carte Vitale et votre carte de Tiers payant de La Mutuelle Générale aux professionnels de santé et établissements de soins. Vous êtes ainsi dispensé d'avancer les frais qui sont pris en charge par la Sécurité sociale et par votre régime frais de santé. Vous recevrez ultérieurement un relevé de prestation vous informant des paiements avec la mention « pour information ». Il ne vous restera plus qu'à régler la somme restant éventuellement à votre charge.

Un professionnel de santé reste toutefois libre d'accepter ou de refuser l'application du Tiers payant (Sécurité sociale et/ou La Mutuelle Générale).

● Le Tiers payant partiel : à éviter pour les consultations

Dans le cas des médecins généralistes et spécialistes, nous vous conseillons, si le Tiers payant intégral n'est pas possible, de faire l'avance des frais. Votre remboursement complémentaire sera viré sur votre compte 48 heures après le remboursement de la Sécurité sociale.

En effet, si vous utilisez votre carte Vitale afin de bénéficier du seul Tiers payant Sécurité sociale pour une consultation (carte Vitale uniquement), vous devrez, pour pouvoir bénéficier du remboursement de la part complémentaire, impérativement envoyer à La Mutuelle Générale :

- une facture du praticien indiquant le montant dont vous vous êtes acquitté ;
- une copie du décompte de Sécurité sociale.

En effet, les informations transmises par le régime obligatoire (Sécurité sociale) ne permettent pas, à l'heure actuelle, aux assureurs d'identifier les actes ayant donné lieu à un Tiers payant partiel.

● Généralisation du tiers payant : quels impacts pour vous ?

Médicaments achetés en pharmacie, radiologie, soins infirmiers... vous bénéficiez déjà du tiers payant pour de nombreuses dépenses de santé. Afin que tous les assurés sociaux bénéficient du tiers payant chez leur médecin généraliste la loi du 26 janvier 2016 prévoit un élargissement progressif du procédé.

L'utilisation du tiers payant auprès du professionnel de santé reste toutefois conditionnée à l'acceptation de ce dernier. S'il l'accepte, la dispense d'avance de frais est limitée aux garanties prévues à votre couverture frais de santé. Vous et vos bénéficiaires devez uniquement régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du praticien.

Si vous vous adressez à un professionnel de santé qui n'est pas encore conventionné pour le Tiers payant La Mutuelle Générale, vous pouvez lui proposer de prendre contact avec cet opérateur dont les coordonnées figurent sur votre carte de Tiers payant (numéro réservé aux praticiens). Tout sera mis en œuvre pour qu'il puisse rejoindre le réseau de Tiers payant au plus tôt.

Si vous n'utilisez pas votre carte de tiers payant ou si ce service est refusé par le professionnel de santé, vous devez lui demander une facture et l'adresser à La Mutuelle Générale, afin d'être remboursé par votre régime frais de santé.

En résumé :

Consultation chez le médecin généraliste ou spécialiste	<p>Si le médecin est conventionné par Almérys/Carte Blanche</p> <p>Tiers payant intégral = présentation de la carte Vitale et de la carte de tiers payant La Mutuelle Générale</p>
	<p>Si le médecin n'est pas conventionné par Almérys/Carte Blanche</p> <p>Avance intégrale des frais</p> <p>→ remboursement de la part Sécurité sociale et de la part complémentaire</p>
Autre acte médical ou professionnel de santé ou établissement de soins	<p>Si le professionnel de santé ou l'établissement est conventionné par Almérys/Carte Blanche</p> <p>Tiers payant intégral = présentation de la carte Vitale et de la carte de tiers payant La Mutuelle Générale</p>
	<p>Si le professionnel de santé ou l'établissement n'est pas conventionné par Almérys/Carte Blanche</p> <p>Tiers payant partiel (si possible en cas de frais importants) = présentation de la carte Vitale + paiement de la part complémentaire</p> <p>→ remboursement de la part complémentaire par La Mutuelle Générale sur présentation d'une facture acquittée et du décompte de la Sécurité sociale</p> <p>ou</p> <p>Avance intégrale des frais</p> <p>→ remboursement de la part Sécurité sociale et de la part complémentaire par La Mutuelle Générale</p>

Attention

À compter du moment où un professionnel vous délivre une feuille de soins, vous disposez d'un délai de deux ans pour demander le remboursement de vos soins médicaux.

La Mutuelle Générale - CG 709

TSA 41423

75621 Paris cedex 13

Téléphone :  **0 969 397 497** du lundi au vendredi de 9h à 18h

APPEL NON SURTAXE

Espace Adhérent : <https://adherent.lamutuellegenerale.fr/>



Vos services

Garantie « Assistance IMA »

Les assurés ainsi que leurs ayants droit affiliés au contrat frais de santé bénéficient d'un ensemble de services d'assistance qui interviennent lorsque les circonstances l'exigent. Parmi ces services, l'assuré dispose notamment d'une écoute et de conseils pour réponse à ses questions 24h/24, 7j/7, la possibilité d'être accompagné par un psychologue en cas de coup dur, de bénéficier d'information sur ses droits ainsi que des aides pour faciliter son quotidien (par exemple, aide à domicile...).

Pour bénéficier des prestations relatives à la garantie « LMG Assistance à domicile », il est indispensable de contacter, préalablement à toute intervention :



N° Cristal 0 969 363 765

APPEL NON SURTAXÉ

Retrouvez toutes les informations dans la notice d'information de la garantie « Assistance à domicile IMA ».

Analyse de devis et conseils

Maîtrisez vos dépenses et bénéficiez de conseils pour optimiser votre budget de santé avec votre service d'analyse de devis et de conseils.

Quels bénéfices ?

Reste à charge précis

Conseil



Estimer son reste à charge



Être rassuré sur le montant d'un devis santé



Connaître le coût moyen d'une prestation de santé sans sa région

Accès au service

Le service d'analyse de devis et de conseils est accessible :

- depuis votre Espace Adhérent dans la rubrique " Services et avantages"
- par courrier à l'adresse suivante : **La Mutuelle Générale – CG 709 TSA 41423 – 75621 Paris cedex 13**

Pour toute demande d'informations concernant votre devis, vous pouvez nous contacter par téléphone aux coordonnées figurant sur votre carte de tiers payant.

Téléconsultation médicale

Les assurés ainsi que leurs ayants droit affiliés au contrat frais de santé bénéficient d'un service de téléconsultation médicale, accessible sans frais supplémentaire.

Le contact avec le médecin est réalisé par téléphone ou en visio.

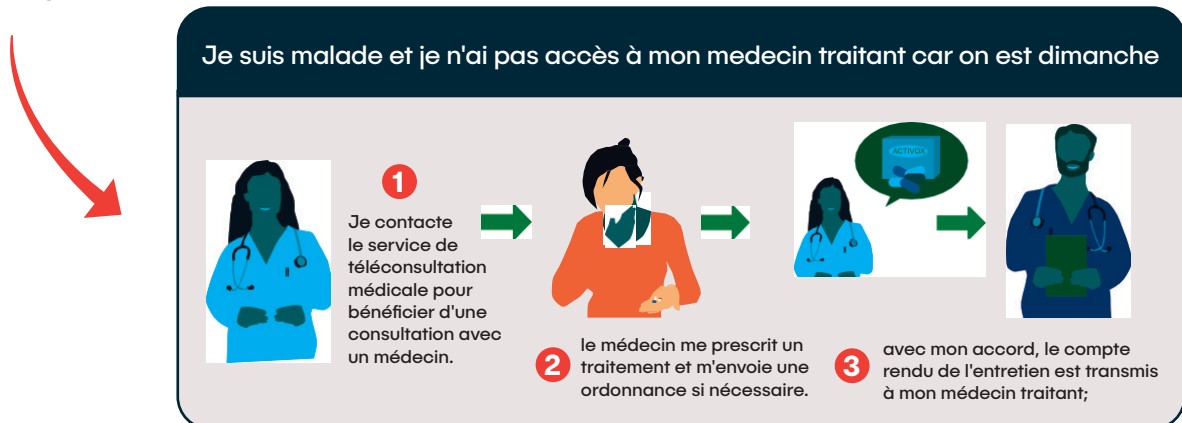
- L'ensemble des médecins de la plateforme sont inscrits à l'Ordre des Médecins.
- La consultation est entièrement protégée par le secret médical.
- Une ordonnance peut être envoyée à l'assuré ou à la pharmacie de son choix en France ou dans l'Union Européenne. L'ordonnance est téléchargeable depuis l'espace personnel web sécurisé « Bonjour Docteur ».
- Avec l'accord de l'assuré, un compte rendu pourra être transmis au médecin traitant.

La téléconsultation ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux services d'urgence, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Ce service est sans surcoût et illimité.



Pour bénéficier de ce service, il est nécessaire de créer un compte sur <https://www.bonjourdocteur.com/> puis de prendre rendez-vous via la plateforme « Bonjour Docteur » ou par téléphone au 01 55 92 27 04 24H/24, 7J/7 (appel non surtaxé).

Exemple :



Documents à joindre à vos demandes de remboursements

PRESTATIONS	Avec Télétransmission	Sans Télétransmission ou Prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire
HOSPITALISATION		
Forfait journalier hospitalier		
Honoraires des praticiens	Facture acquittée et/ou Bordereau de facturation délivré par l'établissement	Facture acquittée et/ou Bordereau de facturation délivré par l'établissement
Frais de Séjour		
Chambre particulière		
Lit accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	Facture acquittée + bulletin de situation	Facture acquittée + bulletin de situation
Cure thermale (séjour, transport et hébergement)	Facture acquittée	Facture acquittée
Maternité : indemnité forfaitaire		Acte de naissance ou jugement d'adoption
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux des médecins généralistes et spécialistes (dont radiologie) – Consultations/visites	Aucune Pièce	Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur
Honoraires des auxiliaires médicaux		
Analyses médicales		
Prothèses médicales prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (prothèse mammaires, capillaires, orthopédie,...)	Facture acquittée	Décompte Sécurité Sociale + Facture acquittée
Frais de transport, médicalement prescrit pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur	Aucune Pièce	Décompte Sécurité Sociale
PHARMACIE		
Automédication et pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale (sans prescription médicale)		Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé dans sa spécialité et précisant le nom du produit
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale		Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit
MÉDECINE DOUCE - PRÉVENTION		
Ostéopathie – Chiropractie – Psychologie Diététique – Sophrologie		Facture acquittée Actes prescrits et pratiqués par un professionnel de santé disposant d'un diplôme d'état dans sa spécialité et inscrit au RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé) ou au répertoire Adeli
Ostéodensitométrie		Facture acquittée
AIDES AUDITIVES		
Appareil Auditif	Facture acquittée	Décompte Sécurité Sociale + Facture acquittée

DENTAIRE		
Actes dentaires pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité Sociale
Inlays/onlays		
Inlay Core		
Prothèses Dentaires fixes et mobiles	Facture acquittée et détaillée indiquant le(s) numéro(s) de(s) dent(s)	Décompte de la Sécurité Sociale + Facture acquittée et détaillée indiquant le(s) numéro(s) de(s) dent(s)
Prothèses Dentaires non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		
Implantologie non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		Facture acquittée et détaillée indiquant le(s) numéro(s) de(s) dent(s)
Orthodontie prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité Sociale
Orthodontie non prise en charge par la sécurité sociale (bénéficiaire de moins de 16 ans)		Facture acquittée
OPTIQUE		
Lunettes (Monture et verres) En cas de renouvellement anticipé lié à une évolution de la vue, fournir l'ancienne et la nouvelle prescription médicale	Devis détaillé et accepté par l'assuré + facture détaillée et acquittée précisant la référence des verres Le cas échéant, prescription médicale initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue ou l'orthoptiste Le cas échéant bilan visuel réalisé préalablement au renouvellement de la prescription par un médecin ophtalmologiste	Devis détaillé et accepté par l'assuré + Décompte Sécurité Sociale + Facture détaillée et acquittée précisant la référence des verres
Lentilles prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	Aucune Pièce	Décompte Sécurité Sociale
Lentilles non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		Facture acquittée
Suppléments optiques pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	Facture acquittée indiquant la nature des actes effectués	Décompte Sécurité Sociale + Facture acquittée indiquant la nature des actes effectués
Chirurgie réfractive		Facture acquittée

* Liste des pharmacies autorisées à vendre sur internet : <http://www.ordre.pharmacien.fr/e-commerce/search>
Pour toutes prestations, si vous avez bénéficié du tiers payant uniquement sur la part remboursée par la sécurité sociale, il convient de nous adresser la facture acquittée.

Notre conseil

Pour être remboursé rapidement et en toute sécurité, optez pour :

Le Tiers payant intégral

Vous présentez votre carte Vitale et votre carte de Tiers payant La Mutuelle Générale. Vous profitez ainsi du Tiers payant intégral (prise en charge directe par la Sécurité sociale et la complémentaire). Vous n'aurez ainsi rien à régler ni aucune démarche à effectuer, (dans la limite des garanties du régime).



La télétransmission avec le centre de Sécurité sociale (Noémie)

Lors de votre affiliation au régime, vous bénéficiez automatiquement de cette télétransmission, sous réserve de fournir les attestations Sécurité sociale. Vos décomptes de Sécurité sociale sont automatiquement transmis à La Mutuelle Générale. Vous n'avez donc plus à transmettre vos feuilles de soins et vous êtes remboursé plus rapidement.

Votre situation de famille évolue ? Vous déménagez ? Quel que soit le changement, vous devez en informer Malakoff Humanis en lui fournissant les nouvelles attestations Sécurité sociale, afin de continuer à profiter de la télétransmission.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de la télétransmission, vous devez faire parvenir une demande écrite à Malakoff Humanis. Vous devrez alors adresser vous-même vos feuilles de soins ainsi que les justificatifs nécessaires à La Mutuelle Générale.

Pour tout savoir sur vos régimes frais de santé et prévoyance connectez-vous sur le site : **www.prevoyons.com**


Connectez-vous à vos **Espaces personnels** pour retrouver vos informations, modifier vos données, suivre vos remboursements, accomplir les démarches en ligne ou simplement contacter vos assureurs.

Vous pouvez également nous contacter :

La Mutuelle Générale

CG 709
TSA 41423
75621 Paris cedex 13



Tél. :  N° Cristal **0 969 397 497**
APPEL NON SURTAXÉ
du lundi au vendredi de 9 h à 18 h



Espace Adhérent :
<https://adherent.lamutuellegenerale.fr/>



Internet :
www.lamutuellegenerale.fr, rubrique
Mon Espace Adhérent.

Malakoff Humanis

Équipe Orange

CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9



Tél. : 0 969 39 72 72 *Appel non surtaxé*
du lundi au vendredi de 8 h 30 à 19 h



E-mail :
prevoyance@malakoffhumanis.com



Internet :
www.malakoffhumanis.com



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale - Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181
Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis - malakoffhumanis.com

LA MUTUELLE GÉNÉRALE - CG 709 - TSA 41423 - 75621 Paris cedex 13 - lamutuellegenerale.fr

