

## RENOI DES GARANTIES SANTE LPS

### Hospitalisation – Secteur conventionné

**Pour les frais de séjours**, prise en charge des dépassements en fonction des conventions en vigueur avec les établissements hospitaliers.

**Le forfait hospitalier** est pris en charge dans sa totalité par la mutuelle, à sa valeur au 1er janvier de l'année en cours, pour une durée de 90 jours par an\* et par bénéficiaire. Gériatrie – gérontologie – moyens et longs séjours – placements à l'année et temporaire exclus.

**La chambre particulière** est prise en charge en fonction des conventions en vigueur avec les établissements hospitaliers, pour une durée de 60 jours par an\* et par bénéficiaire. Gériatrie – gérontologie – moyens et longs séjours – placements à l'année et temporaire exclus.

**La nuitée** s'entend pour un séjour comportant au moins une nuit de 22h00 à 6h00.

**Le lit et le repas de l'accompagnant** sont pris en charge pour une durée de 30 jours par an\* et par bénéficiaire. Uniquement sur facture de l'hôpital ou de la clinique en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans.

**Les frais de location de télévision**, lors d'une hospitalisation médicale, chirurgicale ou maternité, sont pris en charge, sur justificatif, pour une durée de 30 jours par an\* et par bénéficiaire. Gériatrie – gérontologie – moyens et longs séjours – placements à l'année et temporaire exclus.

### Actes médicaux – Secteur conventionné

**Les visites avec déplacements** non médicalement justifiées sont prises en charge à 100% du TC.

**Les consultations et visites de psychiatres, neuropsychiatres** et assimilées sont limitées à 12 remboursements par an\* et par bénéficiaire.

### Dentaire

**Pour l'orthodontie refusée**, un montant par semestre\* et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel. Sur la base du refus du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, notre participation s'effectue au regard d'une facture détaillant la nature, la cotation et le prix du traitement.

**Pour l'implantologie**, un montant par an\*, par bénéficiaire et par implant et dans la limite du plafond annuel. Notre remboursement s'effectue sur la base du refus du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et d'une facture détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque implant.

**En cas d'adhésion à la garantie LPS 300 sans présentation d'un certificat de radiation d'une autre complémentaire santé, il sera fait application d'un délai d'attente de 3 mois. La radiation doit dater de moins de 2 mois.**

**Le plafond annuel\*** s'applique aux prothèses dentaires, à l'orthodontie et à l'implantologie.

### Optique

**Montant par an\* et par bénéficiaire.** Ce montant est limité à 75% de sa valeur pour les enfants de moins de 18 ans.

Pour les lentilles de vue jetables, la facture acquittée doit préciser leur nomenclature exacte et être accompagnée de la prescription médicale. Toutes les autres lentilles sont exclues de nos prestations.

**En cas d'adhésion à la garantie LPS 300 sans présentation d'un certificat de radiation d'une autre complémentaire santé, il sera fait application d'un délai d'attente de 3 mois. La radiation doit dater de moins de 2 mois.**

### Cure thermale acceptée

**Le montant s'entend par an\* et par bénéficiaire**, sur justificatifs.

### Bien être

**Les montants s'entendent par an\* et par bénéficiaire**, sur justificatif, avec ou sans participation du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

Les actes d'acupuncture, d'ostéopathie et de chiropractie doivent être effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales.

### Actes médicaux féminins

**Les montants s'entendent par an\* et par bénéficiaire.** Les actes doivent être médicalement prescrits (sauf pour les préservatifs), sur justificatif, avec ou sans participation du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie. La contraception couvre les moyens suivants : le stérilet, les pilules, le patch, les préservatifs.

### Prévention

**Les montants s'entendent par an\* et par bénéficiaire**, sur justificatif, avec ou sans participation du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

### Exonération des cotisations en cas de décès

**En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint**, assurés par ce régime et quelque soit leur âge au moment du décès, les ayants droit inscrits à ce régime à la date du décès bénéficient d'une exonération du paiement de la cotisation pendant une durée de 6 mois à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant celui du décès.

**L'âge se calcule toujours par différence entre l'année en cours et l'année de naissance.**

Les prestations décrites dans le tableau des garanties incluent le remboursement des Régimes Obligatoires Français d'Assurance Maladie (sauf pour certains montants exprimés en Euros) et sont limitées pour tous les risques aux frais réels engagés et aux accords conventionnels départementaux ou nationaux conclus avec les tiers par la Mutuelle Générale de Paris.

**Cependant, dans le cadre de la loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, la Mutuelle Générale de Paris ne prend pas en charge :**

- les participations forfaitaires à charge de l'assuré, définies à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale, pour l'ensemble des actes auxquels elles s'appliquent,
- la minoration du remboursement des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie en cas de refus d'accès au dossier médical personnel (prévue à l'article L.161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale),
- la minoration du remboursement des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie en l'absence de choix d'un médecin traitant ou lors d'une consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant (prévue à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale),
- en cas de non respect du parcours de soins coordonnés, la fraction des dépassements d'honoraires correspondant aux dépassements autorisés pour les praticiens conventionnés (article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale) dans les limites conventionnelles en vigueur.

**\*La limite annuelle, pour toutes les prestations, s'entend par année d'adhésion** c'est-à-dire la période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée sur le bulletin d'adhésion ou de modification pour chaque bénéficiaire.

Les pourcentages indiqués dans le tableau des garanties sont appliqués aux tarifs fixés (base de remboursement = BR, tarif de convention = TC, tarif de responsabilité = TR, tarif forfaitaire de responsabilité = TFR) par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie en vigueur au 1er janvier de l'année en cours. Toute évolution des règles de remboursement des Régimes Obligatoires Français d'Assurance Maladie (CCAM, tarification à l'activité, baisse de remboursement...) pourra entraîner des modifications de nos prestations.