

"Votre santé n'est pas un commerce."

- Vos cotisations ne varient pas avec votre âge.
- Pas d'exclusion contre votre volonté en cas d'aggravation de votre état de santé au cours des prochaines années.
- Libre choix des praticiens ou des établissements.
- Les conjoints ou les concubins salariés bénéficient de l'adhésion famille.
- Les enfants scolarisés ou sous contrat d'apprentissage peuvent bénéficier de l'adhésion familiale jusqu'à 28 ans.
- Une garantie personnelle qui vous suit, même si vous changez d'adresse, de situation ou d'employeur sur tout le territoire.
- Artisans, commerçants, professions libérales : délivrance à la demande d'attestation « Loi Madelin » permettant une déduction fiscale.
- Contrat « AGENTERR » labellisé pour les Agents des Collectivités Territoriales.

Ce sont des services aux Entreprises et Collectivités

- Un contrat à 5 niveaux de garanties préétablis, conforme à l'ANI.
- Des garanties en conformité avec vos Conventions Collectives Nationales.
- Contrat « sur-mesure ».
- Contrats responsables, pour une fiscalité « entreprise » et « salarié » avantageuse.
- Un des meilleurs rapports qualité / prix du marché
- Quelque soit la taille de l'entreprise, nous vous donnerons satisfaction.
- Simplification des modalités d'adhésion.
- Règlement des cotisations adapté à chaque entreprise.
- Régime de Prévoyance : décès, invalidité, maintien des revenus, etc.

Ce sont aussi tous les produits de prévoyance

- Maintien des salaires (salariés, artisans, commerçants, professions libérales).
- Accident de la vie.
- Perte d'autonomie, incapacité, invalidité...
- Décès, frais d'obsèques.
- Toutes solutions d'épargne et de retraite.

C.M.I.P. Creil

13 Place du 8 Mai
60100 CREIL
Tél : 03 44 55 13 72

Siège Social et Centre administratif

53 Avenue de Senlis
B.P. 90307
60803 CREPY-EN-VALOIS CEDEX
Tél : 03 44 59 00 80

C.M.I.P. Paris

1 bis Rue Fénelon
75010 PARIS
Tél : 01 48 78 70 76

C.M.I.P. Montpellier

4 Avenue Georges Clemenceau
34000 MONTPELLIER
Tél : 04 12 01 04 00

Internet

<https://www.cmip.fr>

e-mail : contact@cmip.fr



Réception

mardi au vendredi : 8h30 à 12h30 - 13h30 à 17h30 - samedi matin : 8h30 à 12h00 - **FERME LE LUNDI**



Mutuelle soumise aux dispositions
du Livre II du code de la Mutualité
N°SIREN 339 420 226

Mutuelle Santé

Retraite
Epargne
Prévoyance

**Cotisations :
pas de tranche
d'âge !**



Une protection égale pour tous

Partageons de vraies valeurs :
Prévoyance – Entraide – Solidarité – Egalité

Au service du Particulier

2024

Compagnie : Mutuelle C.M.I.P.

Produit : « Au Service du Particulier »

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité - N° SIREN 339 420 226

Les informations précontractuelles et contractuelles complètes sur le produit sont fournies dans le règlement mutualiste. Veuillez consulter votre tableau des garanties pour connaître le niveau de prise en charge de votre couverture.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Il s'agit d'une Assurance Complémentaire Santé pour particuliers. Les garanties qui découlent de votre contrat ont pour objet de vous garantir des remboursements complémentaires à ceux de votre régime obligatoire d'assurance maladie, et de vous indemniser pour tout ou partie des frais médicaux occasionnés par une maladie, un accident ou une maternité.

**QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?**

- ☒ Frais de séjours hospitaliers et salle d'opération,
- ☒ Forfait hospitalier,
- ☒ Consultations de médecins généralistes et spécialistes,
- ☒ Auxiliaires médicaux,
- ☒ Analyses, imagerie et radiologie médicales,
- ☒ Pharmacie,
- ☒ Transport,
- ☒ Prothèses médicales,
- ☒ Frais d'optique,
- ☒ Frais dentaires,
- ☒ Actes de prévention dans le cadre des contrats responsables,
- ☒ Participation forfaitaire des actes médicaux lourds supérieurs à 120 €, forfait patient urgence,
- ☒ Séance de psychologue dans le dispositif «MonPsy»,
- ☒ Assistance à domicile.

Selon la formule choisie, sont également pris en charge :

- Chambre particulière,
- Frais de la personne accompagnant un enfant ou un adulte hospitalisé,
- Prothèses dentaires et orthodontie non remboursées par la Sécurité sociale,
- Chirurgie réfractive,
- Cures thermales,
- Certains actes hors nomenclature non pris en charge par la Sécurité sociale,
- Forfait bien-être (ostéopathie, pédicurie, etc...),
- Allocation de naissance ou d'adoption.

**OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?**

- ☒ En France,
- ☒ A l'étranger, s'ils sont pris en charge par votre régime français d'assurance maladie ou la Caisse des Français de l'Étranger. Dans ce cas, les remboursements seront effectués sur la base des tarifs français.

**QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?**

- ☒ Hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers,
- ☒ Séjours en maison de convalescence, de diététique, non pris en charge par la Sécurité sociale,
- ☒ Soins dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices,
- ☒ Toute hospitalisation en vue d'un acte de chirurgie esthétique non pris en charge par la Sécurité Sociale.

**Y-A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?**

- /!\ Les soins antérieurs à la date d'adhésion,
- /!\ Les frais non pris en charge par la Sécurité Sociale, sauf mention contraire dans le tableau des garanties,
- /!\ Les dépassements d'honoraires ou de tarifs non prévus par les conventions conclues entre le régime obligatoire d'assurance maladie du participant et les professionnels de santé,
- /!\ La chambre particulière en séjour psychiatrique,
- /!\ Les actes hors nomenclatures Sécurité Sociale ou classification commune des actes médicaux, sauf mention contraire dans le tableau des garanties,
- /!\ La participation forfaitaire de 1 € et les franchises annuelles sur les médicaments, actes paramédicaux et transports sanitaires,
- /!\ Les sanctions appliquées en cas de non respect du parcours de soins,
- /!\ La majoration du ticket modérateur appliquée à l'adhérent qui n'a pas choisi de médecin traitant, ou qui a consulté un autre médecin sans prescription de son médecin traitant,
- /!\ La prise en charge des actes ou prestations pour lesquels l'adhérent n'a pas accordé l'autorisation au professionnel de santé de consulter son dossier médical personnalisé,
- /!\ En dehors du 100% Santé, la prise en charge des prothèses dentaires la 1^{ère} année est limitée par un plafond annuel.

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

- ☒ La couverture commence au plus tôt à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion,
- ☒ L'Adhésion est souscrite pour une durée minimum d'un an et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.
- ☒ Dans le cas d'une adhésion en cours d'année civile, l'échéance interviendra au 31 décembre de l'année suivante.
- ☒ Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

**QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?**

- ☒ Répondre exactement aux questions posées sur le bulletin d'adhésion,
- ☒ Déclarer toute nouvelle circonstance, tout changement de situation, ou risque en relation avec le contrat,
- ☒ Payer les cotisations selon la fréquence de paiement choisie lors de l'adhésion,
- ☒ Fournir toutes les pièces nécessaires à l'adhésion dans les 30 jours qui suivent la signature du bulletin d'adhésion,
- ☒ Lors d'une demande de remboursement ou de prise en charge, fournir des renseignements sincères et exacts ainsi que tous les documents nécessaires au traitement de la demande (originaux, devis, ordonnances, décomptes, factures etc.).

**QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?**

- ☒ Le paiement de la cotisation s'effectue en 12 mensualités, payées par prélèvement automatique sur votre compte bancaire,
- ☒ La date d'échéance de ces cotisations est le 6 de chaque mois (cette échéance peut être fixée au 15 sur simple demande).

**COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?**

- ☒ Vous pouvez mettre fin à votre contrat :
 - chaque année, lors de la période de renouvellement, en nous adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avant le 31 octobre de l'année en cours pour une résiliation au 31 décembre ;
 - en cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 20 jours qui suivent la date de notification de la modification.
- ☒ Vous bénéficiez d'un droit à résiliation infra-annuelle sans frais ni pénalités dès lors que le contrat a pris effet depuis plus de 12 mois, dans les conditions décrites dans le Règlement Mutualiste. La résiliation prend alors effet un mois après que la mutuelle en ait reçu la notification.



C.M.I.P.

Respectant le cahier des charges des contrats responsables, ce contrat répond aux conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et tous les textes réglementaires en vigueur.

Les garanties ci-après s'appliquent dans les conditions prévues par le règlement mutualiste et les notices d'informations. Les remboursements sont exprimés en pourcentage et s'appliquent à la base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur à la date des soins, dans la limite des frais réels engagés.

Mutuelle soumise aux dispositions
du Livre II du code de la Mutualité.
N° SIREN 339 420 226

DESIGNATION des GARANTIES

SOINS COURANTS (conventionnés et non conventionnés)

Consultation, visite, radiologie, honoraires médicaux (① OPTAM-OPTAM/CO)

Consultation, visite, radiologie, honoraires médicaux (① non OPTAM-OPTAM/CO)

Laboratoire

Auxiliaires Médicaux

Consultations neuropsychiatriques, séances de psychologue du dispositif « MonPsy »

Pharmacie à 65%, 60%, 30% et 15%

Orthopédie - Appareillage autre qu'auditif (après remboursement du Régime Obligatoire) ②

HOSPITALISATION (en établissements conventionnés et non conventionnés, y compris en maison de repos sauf

Frais de séjour

Consultation - visite - honoraires médicaux (① OPTAM-OPTAM/CO)

Consultation - visite - honoraires médicaux (① non OPTAM-OPTAM/CO)

Honoraires chirurgicaux (① OPTAM-OPTAM/CO)

Honoraires chirurgicaux (① non OPTAM-OPTAM/CO)

Ambulances et Transports

Forfait journalier hospitalier

Forfait sur les actes médicaux >= à 120 Euros - Forfait Patient Urgences (FPU)

Chambre particulière (maximum 60 jours / an) exclue en psychiatrie

Lit d'accompagnement (pour enfant de - 12 ans)

DENTAIRE

Panier **100% Santé (reste à charge 0)** : tels que définis règlementairement- Soins et prothèses

Panier **reste à charge maîtrisé** dans la limite des Honoraires
Limites de Facturation

Panier **tarifs libres** :

Consultation et soins dentaires

Prothèses dentaires

Pose d'implants dentaires ②

Orthodontie acceptée

Orthodontie refusée / semestre

OPTIQUE (1 plafond / bénéficiaire tous les 2 ans sauf tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas

Classe A : **100% Santé (reste à charge 0)** : tels que définis règlementairement

Monture, verres, y compris prestations d'appairage et suppléments pour verres avec filtre

Classe B : **tarifs libres**

Monture

Verres simples

Verres dits « complexes »

Verres dits « très complexes »

Suppléments et prestations optiques

Lentilles (sur prescription médicale, remboursées ou non par le RO) ② (forfait par an)

Chirurgie de la myopie (non prise en charge, par œil) ②

① OPTAM et OPTAM-CO

L'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), qui a remplacé le Contrat d'accès aux soins (CAS) est un contrat signé entre l'Assurance maladie et des médecins conventionnés exerçant (ou ayant la possibilité d'exercer) en secteur 2. L'OPTAM a pour but d'améliorer l'accès aux soins des patients en limitant les dépassements d'honoraires et en leur permettant d'être mieux remboursés par leur caisse de Sécurité sociale et leur complémentaire santé.

La mutuelle santé

Au service du Particulier

R.O. Régime Obligatoire d'Assurance Maladie

S.S. Sécurité Sociale

B.R. Base de Remboursement

REMBOURSEMENT TOTAL C.M.I.P. + R.O

Option 0.5	Option 1.0	Option 1.5	Option 2.0	Option 2.5
100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	220 % BR
100 % BR	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
100 % BR	100% BR + 153€	100% BR + 200€	100% BR + 306€	100% BR + 500€

placement en long séjour)

100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	220 % BR
100 % BR	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
100 % BR	100 % BR	150 % BR	250 % BR	400 % BR
100 % BR	100 % BR	130 % BR	200 % BR	200 % BR
100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
-	40 € / jour	40 € / jour	60 € / jour	75 € / jour
-	23 € / jour	36 € / jour	36 € / jour	39 € / jour

Prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation

100 % BR	100 % BR	200 % BR	310 % BR	400 % BR
100 % BR	100 % BR	100 % BR	130 % BR	200 % BR
100 % BR	100 % BR	200 % BR	310 % BR	400 % BR
-	-	-	300 € / an	300 € / an
100 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR
-	100 Euros	100 Euros	200 Euros	200 Euros

de renouvellement justifié)

Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente

100% BR	50 Euros	80 Euros	100 Euros	100 Euros
100% BR	50 €/verre	55 €/verre	85 €/verre	125 €/verre
100% BR	80 €/verre	100 €/verre	130 €/verre	170 €/verre
100% BR	100 €/verre	120 €/verre	150 €/verre	190 €/verre
100% BR				
100% BR	100% BR + 40€	100% BR + 65€	100% BR + 90€	100% BR + 120€
-	100 Euros	100 Euros	200 Euros	200 Euros

**100% Santé =
reste à
charge 0**

Des soins et un large choix d'équipements de qualité, 100% remboursés, pour toutes les personnes bénéficiant d'une complémentaire santé responsable, disponibles auprès de tous les audioprothésistes, opticiens et dentistes conventionnés.

Le remboursement d'un équipement optique se fait dans les limites énoncées dans le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019

② Plafonds limités à un par an et par bénéficiaire.



Mutuelle soumise aux dispositions
du Livre II du code de la Mutualité.
N° SIREN 339 420 226

C.M.I.P.

Respectant le cahier des charges des contrats responsables, ce contrat répond aux conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et tous les textes réglementaires en vigueur.

Les garanties ci-après s'appliquent dans les conditions prévues par le règlement mutualiste et les notices d'informations. Les remboursements sont exprimés en pourcentage et s'appliquent à la base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur à la date des soins, dans la limite des frais réels engagés.

La mutuelle santé

Au service du Particulier

R.O. Régime Obligatoire d'Assurance Maladie

S.S. Sécurité Sociale

B.R. Base de Remboursement

DESIGNATION des GARANTIES

AIDES AUDITIVES (Remboursement maximal R.O et mutuelle plafonné à 1.700 €uros - Renouvellement tous les 4 ans par

Classe 1 : **100% Santé (reste à charge 0)** : tels que définis réglementairement

Classe 2 : **tarifs libres** par prothèse pour les + 20 ans révolus
pour les 20 ans et moins

PRESTATIONS DIVERSES

Cure thermique (après remboursement du Régime Obligatoire)

Vaccins non remboursables

Détartrage dentaire annuel

Examen d'ostéodensitométrie non remboursé par le R.O.

Médecine douce (ostéopathe, étiope, chiropractie, pédicure/podologue, diététicien, hypnose) (max 3/bén./an)

Sevrage tabagique (après remboursement du Régime Obligatoire) ②

Maternité : frais liés à l'accouchement ou l'adoption (x2 pour gémellaire)

Assistance : Assistance à domicile -Tél-conseil / téléconsultation 24h/24 7j/7

REMBOURSEMENT TOTAL C.M.I.P. + R.O

Option 0.5	Option 1.0	Option 1.5	Option 2.0	Option 2.5
------------	------------	------------	------------	------------

oreille)

Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente

100% BR	100% BR+ 200 €	100% BR+ 300 €	100% BR+ 400 €	100% BR+ 500 €
---------	----------------	----------------	----------------	----------------

100 % BR

-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
100 % BR	100 % BR	100 % BR	130 % BR	200 % BR
-	30 €uros	30 €uros	30 €uros	30 €uros
-	35 €	35 €	35 €	35 €
50 € / an	50 € / an	50 € / an	50 € / an	50 € / an
-	92 €	92 €	184 €	275 €

GRATUITE POUR TOUS

100% Santé = reste à charge 0

Des soins et un large choix d'équipements de qualité, 100% remboursés, pour toutes les personnes bénéficiant d'une complémentaire santé responsable, disponibles auprès de tous les audioprothésistes, opticiens et dentistes conventionnés.

TARIFS MENSUELS T.T.C. 2024

1 Bénéficiaire	35,50 €	44,80 €	60,00 €	91,20 €	128,00 €
1 adulte + 1 enfant	57,70 €	74,00 €	95,30 €	142,90 €	201,00 €
2 Bénéficiaires	69,70 €	89,20 €	119,00 €	180,30 €	252,80 €
3 Bénéficiaires	93,90 €	120,10 €	153,30 €	218,50 €	306,80 €
4 Bénéficiaires	117,60 €	150,70 €	186,10 €	253,80 €	356,20 €
5 Bénéficiaires et +	128,90 €	164,60 €	200,70 €	269,20 €	378,30 €

Cap Jeunes

Cap Jeunes (option 1.0 pour les - de 25 ans)

1 adulte seul	22,60 €
1 adulte + 1 enfant	35,30 €

Les cotisations incluent la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) de 13,27% reversée aux Organismes d'Etat

① OPTAM et OPTAM-CO

L'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), qui a remplacé le Contrat d'accès aux soins (CAS) est un contrat signé entre l'Assurance maladie et des médecins conventionnés exerçant (ou ayant la possibilité d'exercer) en secteur 2. L'OPTAM a pour but d'améliorer l'accès aux soins des patients en limitant les dépassements d'honoraires et en leur permettant d'être mieux remboursés par leur caisse de Sécurité sociale et leur complémentaire santé.

② Plafonds limités à un par an et par bénéficiaire.

Exemples de remboursement

Généraliste / Spécialiste – Honoraires médicaux

(médecin OPTAM / OPTAM-CO)

Consultation : Tarif de Convention CPAM : **26,50 Euros**

Remboursement CPAM à 70% : **18,55 Euros** - Ticket Modérateur à 30% : **7,95 Euros**

Garantie souscrite	Montant max. CMIP	Montant max. Total
OPTION 0.5	7,95 Euros	26,50 Euros
OPTION 1.0	7,95 Euros	26,50 Euros
OPTION 1.5	21,20 Euros	39,75 Euros
OPTION 2.0	34,45 Euros	53,00 Euros
OPTION 2.5	39,75 Euros	58,30 Euros

Honoraires chirurgicaux

(médecin OPTAM / OPTAM-CO)

Exemple pour 1 acte chirurgical : Tarif de Convention CPAM : **209,00 Euros**

Remboursement CPAM à 100% : **209,00 Euros**

Garantie souscrite	Montant max. CMIP	Montant max. Total
OPTION 0.5	-	209,00 Euros
OPTION 1.0	-	209,00 Euros
OPTION 1.5	104,50 Euros	313,50 Euros
OPTION 2.0	313,50 Euros	522,50 Euros
OPTION 2.5	627,00 Euros	836,00 Euros

Dentaire (panier libre)

Prothèse dentaire : Tarif de Convention CPAM : **120,00 Euros**

Remboursement CPAM à 60% : **72,00 Euros**

Garantie souscrite	Montant max. CMIP	Montant max. Total
OPTION 0.5	48,00 Euros	120,00 Euros
OPTION 1.0	48,00 Euros	120,00 Euros
OPTION 1.5	168,00 Euros	240,00 Euros
OPTION 2.0	300,00 Euros	372,00 Euros
OPTION 2.5	408,00 Euros	480,00 Euros

Orthodontie pour les enfants de moins de 16 ans :

Tarif de Convention et remboursement CPAM à 100% : **193,50 Euros**

Garantie souscrite	Montant max. CMIP	Montant max. Total
OPTION 0.5	-	193,50 Euros
OPTION 1.0	193,50 Euros	387,00 Euros
OPTION 1.5	193,50 Euros	387,00 Euros
OPTION 2.0	387,00 Euros	580,50 Euros
OPTION 2.5	580,50 Euros	774,00 Euros

Optique (classe B)

Le remboursement de la mutuelle CMIP vient **en plus de** celui de **la Sécurité Sociale**

Garantie souscrite	Monture + verres simples	Monture + verres complexes	Monture + verres très complexes
OPTION 0.5	100 % TM	100% TM	100% TM
OPTION 1.0	150 Euros	210 Euros	250 Euros
OPTION 1.5	190 Euros	280 Euros	320 Euros
OPTION 2.0	270 Euros	360 Euros	400 Euros
OPTION 2.5	350 Euros	440 Euros	480 Euros



Medaviz
Solution de télémedecine

UN MÉDECIN DISPONIBLE PAR TÉLÉPHONE
24H/24 & 7J/7

SERVICE INCLUS
DANS VOTRE CONTRAT !

DES MÉDECINS DISPONIBLES 24H/24 & 7J/7 POUR VOUS

Si votre médecin n'est pas joignable ou que les délais de rendez-vous sont trop longs, votre mutuelle CMIP vous propose l'accès au service de téléconsultation Medaviz.

Créez votre compte

Inclus dans votre garantie santé, ce service vous permet de joindre instantanément un médecin par téléphone pour toutes vos questions de santé du quotidien.

Le service Medaviz c'est :

Des médecins disponibles sans rendez-vous 24h/24 & 7j/7.

Plus de 20 spécialités disponibles (généraliste, pédiatre, gynécologue, psychologue ...).

120 professionnels de santé à votre écoute en France et depuis l'étranger.

POUR PARLER À UN MÉDECIN

Composez le :

09 71 08 20 18

appel non surtaxé

Via l'application Medaviz
en téléchargeant l'application



Conditions de souscription

« **Cap Jeunes** » (adhésion individuelle)
être âgé de moins de 25 ans à l'adhésion

« **Option 0.5, 1.0, 1.5, 2.0 et 2.5** »
être âgé de moins de 62 ans à l'adhésion

Droit d'adhésion de **9 Euros**
(1 seule fois à la souscription)
sauf pour les moins de 25 ans.

Limitations & risques exclus :

- Chambre particulière limitée à 60 jours par an.
- Forfait hospitalier limité à 60 jours par an en établissements médicaux-sociaux et séjours autres qu'hospitalisation médicale et chirurgicale.
- Exclusion de la chambre particulière en séjour psychiatrique.
- Exclusion des actes hors nomenclature.
- En dehors du 100% Santé, la prise en charge la 1ère année des prothèses dentaires est limitée par un plafond annuel de 500€ par bénéficiaire.

Souscription si plus de 62 ans

Les 4 options **SENIORS** sont à votre disposition sur simple demande.

GARANTIE maintenue toute votre vie durant : PAS DE TRANCHE D'ÂGE

Vos **garanties** et votre **cotisation** ne **changent pas**, même si :

- vous déménagez (**couverture nationale** quelque soit la région,)
- vous changez de situation professionnelle (changement de statut, chômage, **départ à la retraite**)

OPTAM et OPTAM-CO

L'**Option pratique tarifaire maîtrisée** (OPTAM), qui a remplacé le Contrat d'accès aux soins (CAS) est un contrat signé entre l'Assurance maladie et des médecins conventionnés exerçant (ou ayant la possibilité d'exercer) en secteur 2. L'**OPTAM** a pour but d'améliorer l'accès aux soins des patients en limitant les dépassements d'honoraires et en leur permettant d'être mieux remboursés par leur caisse de Sécurité sociale et leur complémentaire santé.

Ce contrat santé « Responsable et Solidaire » est conforme aux décrets n°2014-1025 du 8.9.2014 (article L.911-7 du Code de la Sécurité Sociale) et n°2014-1374 du 18.11.2014, modifié par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.

A ce titre, ils répondent aux obligations du **respect du parcours de soins coordonné**, soit :

- non prise en charge du forfait de 1 euro ;
- non prise en charge des majorations de la participation de l'assuré visées par le Code de la Sécurité Sociale et notamment l'article L.871-1 (soins hors parcours coordonné).
- non prise en charge de la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Vous suivez le parcours de soins coordonné :

les garanties sont celles mentionnées dans le tableau ci-contre en fonction de l'option souscrite.

Vous consultez en dehors du parcours de soins coordonné :

les dépassements d'honoraires et la différence engendrée par la baisse du remboursement de l'Assurance Maladie restent à votre charge.

Optique (verres & monture)

1 plafond / bénéficiaire tous les 2 ans
sauf tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans ou si le renouvellement est justifié (modification de la vue).

Païement des cotisations

Il s'effectue par prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal, le 6 ou le 15 de chaque mois.

Remboursements

« Mode d'emploi »

Si votre caisse d'assurance maladie pratique la télétransmission des décomptes par le système NOEMIE, nous vous réglons immédiatement, vous n'avez plus à nous adresser vos décomptes, sauf pour les factures cure, appareillage, orthopédie et auditif ;

- pour les naissances, joindre votre carte au bulletin de naissance ;
- pour le dentaire, nous vous conseillons de nous adresser le devis de votre praticien, nous vous confirmerons par écrit notre participation ;
- pour l'optique, vous devez nous adresser la prescription médicale. Si vous ne pratiquez pas le tiers payant, vous devez en plus nous adresser la facture acquittée.

Télétransmission des décomptes

Une couverture nationale pour la télétransmission de vos décomptes avec toutes les **CPAM**, ainsi que la plupart de tous les autres régimes (**MSA, SNCF, CNMSS**, la Fonction Publique (**MFP**), **MGEN, SNCF**).

Espace Personnel sur le site Internet www.cmip.fr

Cet accès sécurisé vous propose une multitude de services gratuits dont le téléchargement des statuts et règlement mutualiste, la possibilité de **consulter, d'éditer et d'archiver** tous vos décomptes, d'être **prévenu par e-mail d'un virement** sur votre compte bancaire, ne plus recevoir vos bordereaux par courrier postal...

N'hésitez pas à prendre 1 minute de votre temps pour vous inscrire, vous en gagnerez pour toutes vos opérations futures.

UN MEDECIN par téléphone en moins de 3 minutes

Medaviz, un nouveau service de téléconseil / téléconsultation médicale qui vous permet d'appeler des médecins en direct, 24h/24 et 7j/7.

Tous les médecins sont diplômés en France et inscrits à l'ordre français. Ils vous donnent une première réponse médicale, vous orientent et vous délivrent une ordonnance si nécessaire/possible.

Ce service ne se substitue pas à une consultation médicale physique et n'est pas un service d'urgence.

C.M.I.P. ASSISTANCE 24 h sur 24 – 7 jours sur 7

Pour vous aider en cas d'accident, de maladie non chronique, de décès :

- aide ménagère
- conduite des enfants à l'école
- l'école à domicile
- le déplacement d'un proche, etc.
- l'aide aux aidants.

Tiers payant

Accordé à tous nos adhérents, il est possible grâce aux accords passés avec tous les professionnels de santé, partout en France.

Avec la carte mutualiste délivrée tous les ans, vous n'avez plus à faire l'avance d'argent. A la demande, nous délivrons une prise en charge pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale.

Vous allez changer de lunettes ?



**Tous les adhérents de la mutuelle
bénéficient de l'offre**

100 % santé *

soit un équipement complet et de qualité

1 monture + 2 verres

pour

0 €

**Demandez l'offre 100% santé
à votre opticien**

Renseignez-vous à la mutuelle

**(*) La prise en charge de cet équipement
100% Santé est faite par
l'Assurance Maladie et la Mutuelle CMIP.**

Opération Parrainage

le 1^{er} parrainage
un chèque cadeau de 10 €
le 2^{ème} parrainage
un chèque cadeau de 20 €
parrainages suivants
un chèque cadeau de 30 €



Le filleul bénéficie de
garanties immédiates,
les droits d'adhésion
de 9 € lui sont offerts !

**Alors, n'hésitez plus
et faites monter
la température !**

Extrait du règlement :

Etre adhérent à la mutuelle C.M.I.P.
La demande d'adhésion du filleul doit nous
parvenir avant le 31 décembre de l'année en
cours.
Tout participant accepte le règlement déposé à
la SCP CALLENS-HENRY & SOUYAH-MEDEUF
Huissiers de Justice Associés 16 Rue Jeanne
d'Arc à Crépy-En-Valois

**Votre bulletin participera en plus au
tirage de Fin d'Année
pour l'attribution des lots suivants :**

- 1er lot : chèques cadeaux d'une valeur totale de 500 €
- 2ème lot : chèques cadeaux d'une valeur totale de 300 €
- 3 & 4ème lot : chèques cadeaux d'une valeur totale de 150 €

C.M.I.P. Mutuelle santé

C'est aussi la prévoyance !

La mutuelle est à vos côtés pour...

perte de
revenus

perte d'
autonomie



préparer sa
retraite

gérer son
épargne

faire face
à un décès

accident
de la vie

perte de revenus

En cas d'arrêt de travail, les prestations versées par votre régime obligatoire sont souvent insuffisantes, voire inexistantes : nous vous permettons de maintenir vos revenus !

perte d'autonomie

Ne soyez pas une charge pour vos proches, faites face au coût de la dépendance à domicile ou en établissement spécialisé.

accident de la vie

Individuelle ou famille, optez pour une formule qui vous protège en cas d'accident domestiques, scolaires, sportifs, médicaux ou d'agressions ou de catastrophes naturelles.

gérer son épargne

Nous vous aidons à vous constituer un capital en toute sécurité qui vous permettra de réaliser les projets qui vous tiennent à cœur.

préparer sa retraite

La sécurité pour votre capital, la souplesse de vos versements, un rendement performant ainsi qu'une fiscalité privilégiée, voici tous les ingrédients pour aborder sa retraite le plus sereinement possible.

faire face à un décès

Ne laissez pas vos proches seuls pour accomplir toutes les démarches au moment le plus éprouvant. Vous financez par avance vos obsèques et évitez une dépense importante à ceux que vous aimez.

Parce que vos besoins sont particuliers, n'hésitez pas à nous contacter pour obtenir gratuitement votre étude personnalisée.