

TABEAU DE GARANTIES

Les prestations de la Mutuelle incluent le remboursement préalable de la Sécurité sociale (remboursement dans la limite des frais réels engagés)

GARANTIES
Sécurité sociale + Mutuelle



L'HOSPITALISATION ET LA MATERNITÉ ⁽¹⁾

Honoraires et actes médicaux (anesthésie, chirurgie, obstétrique, imagerie) dispensés par des médecins adhérents au DPTM ⁽²⁾	180 % BR
Honoraires et actes médicaux (anesthésie, chirurgie, obstétrique, imagerie) dispensés par des médecins non adhérents au DPTM ⁽²⁾	150 % BR
Forfait Journalier Hospitalier ⁽³⁾	Frais réels
Forfait Patient Urgences	Frais réels
Frais de séjour, salle d'opération	100 % BR
Transports acceptés par la Sécurité sociale	100 % BR
Frais de la personne accompagnant un enfant ou un adulte hospitalisé ⁽⁴⁾	15 € / jour
Participation forfaitaire aux actes médicaux lourds supérieurs à 120 €	Inclus

(1) Établissements conventionnés ou non conventionnés : hospitalisation médicale, chirurgicale, à domicile, psychiatrie, maison de repos/réadaptation/convallescence. Le séjour doit être pris en charge par la Sécurité sociale et résulter d'une hospitalisation.

(2) Le site ameli-direct.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire d'un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée.

(3) Forfait Journalier Hospitalier selon le tarif en vigueur au 1^{er} janvier de l'année, sans limitation de durée.

(4) Dès le 1^{er} jour d'hospitalisation, si celle-ci dure au moins 24h. Forfait par jour illimité pour l'hospitalisation d'un enfant de moins de 18 ans, limité à 5 jours par hospitalisation pour un adulte de 18 ans et plus, pour les bénéficiaires inscrits au contrat.



LES SOINS COURANTS / SOINS DE VILLE

HONORAIRES ET MÉDICAMENTS	
Honoraires et actes médicaux dispensés par des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	150 % BR
Honoraires et actes médicaux dispensés par des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	130 % BR
Honoraires paramédicaux (auxiliaires dont infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues)	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR
Imagerie médicale pratiquée par des médecins ou praticiens adhérents au DPTM ⁽¹⁾	150 % BR
Imagerie médicale pratiquée par des médecins ou praticiens non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	130 % BR
Consultations de psychologues entrant dans le cadre du dispositif "Mon Soutien Psy" <i>Consultations soumises à des prix limites de facturation dans la limite d'un nombre de séance par année civile et par bénéficiaire défini règlementairement</i>	Frais réels
Actes de télésurveillance médicale prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, conformément aux dispositions du Code de la Sécurité sociale	100 % BR
Participation forfaitaire aux actes médicaux lourds supérieurs à 120 €	Inclus
Médicaments remboursables ⁽²⁾ :	
• à service médical rendu important (remboursé à 65 % - anciennement "vignette blanche")	100 % BR
• à service médical rendu modéré (remboursé à 30 % - anciennement "vignette bleue")	100 % BR
• à service médical rendu faible (remboursé à 15 % - anciennement "vignette orange")	15 % BR

MATÉRIEL MÉDICAL ⁽³⁾

Petit appareillage :

Prothèse capillaire - Renouvellement d'une prothèse capillaire après une période de 12 mois suivant la date de prise en charge précédente – délai également applicable pour la prise en charge de 3 accessoires

• Prothèse capillaire (+ 1 accessoire textile inclus) "100 % Santé" (Classe II) – dans la limite des prix limites de vente	Remboursement total
• Autres prothèses capillaires (+ 1 accessoire textile inclus) "hors 100 % Santé" – dans la limite des prix limites de vente existants	150 % BR
• Accessoire capillaire (par lot de 3)	150 % BR
Autre petit appareillage	150 % BR

Gros appareillage :

Fauteuil roulant “100 % Santé” – dans la limite des prix limites de vente Location de courte durée d'un véhicule pour personne en situation de handicap*(4)	Remboursement total
Autre gros appareillage	150 % BR

Forfait supplémentaire :

Prothèses liées à la chimiothérapie : capillaires, mammaires et testiculaires sur prescription médicale (forfait supplémentaire lié au remboursement de la Sécurité sociale / an / bénéficiaire)	100 €
--	--------------

* Soins, prothèses et équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement, dans le respect des prix limites de vente, des honoraires limites de facturation et des plafonds définis par la réglementation.

(1) Le site ameli-direct.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire d'un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée.

(2) Cette prise en charge s'applique aux montants facturés pour les médicaments ainsi qu'aux honoraires de dispensation y afférents facturés par les pharmaciens d'officine.

(3) Selon la nomenclature établie par le Régime Obligatoire.

(4) Dans la limite du prix des forfaits de location hebdomadaires fixés par la réglementation et d'une durée de 6 mois consécutifs par année glissante



LE DENTAIRE

SOINS CONSERVATEURS, DE PRÉVENTION ou CHIRURGICAUX

Soins dentaires pratiqués par un chirurgien dentiste / ou par un stomatologue adhérent ou non adhérent au DPTM ⁽¹⁾	100 % BR
Examen bucco-dentaire de prévention et soins associés pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire, conformément aux dispositions du Code de la Sécurité sociale	100 % BR

PROTHÈSES

Soins et prothèses “100 % Santé”* (défini selon la localisation de la dent et le matériau choisi - dans la limite des honoraires limites de facturation)	Remboursement total
Soins et prothèses du panier maîtrisé ou libre (“hors 100 % Santé”) Panier maîtrisé : soins et prothèses soumis à des honoraires limites de facturation	
Inlay / Onlay pratiqués par un chirurgien-dentiste / ou par un stomatologue adhérent au DPTM ⁽¹⁾	180 % BR
Inlay / Onlay pratiqués par un stomatologue non adhérent au DPTM ⁽¹⁾	150 % BR
Inlay Core (pilier ou abutement / pivot) remboursés par la Sécurité sociale	200 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	200 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale et hors nomenclature (forfait / an / bénéficiaire)	200 €
Implants dentaires (par dent - limité à 2 par an)	200 €

AUTRES ACTES HORS NOMENCLATURE

Parodontologie (forfait / an / bénéficiaire)	100 €
--	--------------

ORTHODONTIE

Acceptée par la Sécurité sociale	200 % BR
----------------------------------	-----------------

PLAFOND ANNUEL (applicable sur le panier maîtrisé et panier libre)

Plafond applicable sur les prothèses, inlay core, implants et autres actes hors-nomenclature Montant / an / bénéficiaire (au-delà de ce plafond : remboursement à hauteur de 100 % BR pour les actes remboursés par la Sécurité sociale)	800 €
---	--------------

* Soins, prothèses et équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement, dans le respect des prix limites de vente, des honoraires limites de facturation et des plafonds définis par la réglementation.

(1) Le site ameli-direct.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire d'un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée.



L'OPTIQUE

Limité à la prise en charge d'un équipement (monture + 2 verres) par période de 2 ans⁽¹⁾, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Le montant du remboursement inclut le remboursement préalable de la Sécurité sociale.

Équipement “100 % Santé”* (monture et / ou verres de classe A - dans la limite des prix limites de vente)	Remboursement total
• Monture 100 % Santé	
• Verres 100 % Santé (tous types de corrections)	
• Prestation d'appairage et supplément verres avec filtre	

Équipement “hors 100 % Santé” (monture et / ou verres de classe B) :	
Monture	50 €
Verre simple (par verre)	50 €
Verre complexe (par verre)	100 €
Verre très complexe (par verre)	120 €
Supplément verres avec filtre	100 % BR
Autres actes et équipements	
Lentilles acceptées et refusées par la Sécurité sociale (forfait / an / bénéficiaire)	100 % BR + 150 €
Chirurgie réfractive	100 € / œil
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur par l'opticien	100 % BR
Autres suppléments pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR

* Soins, prothèses et équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement, dans le respect des prix limites de vente, des honoraires limites de facturation et des plafonds définis par la réglementation.

(1) La période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de facturation du dernier équipement optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale.



LES AIDES AUDITIVES

Renouvellement d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à compter de la date de facturation du dernier équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale⁽¹⁾. **Le montant du remboursement inclut le remboursement préalable de la Sécurité sociale.**

Équipement “100 % Santé”* (aides auditives de classe I - dans la limite des prix limites de vente)	Remboursement total
Équipement “hors 100 % Santé” (aides auditives de classe II)	
Aide auditive pour un adulte de 20 ans et plus (par oreille)	600 €
Aide auditive pour un enfant de moins de 20 ans (par oreille) ou un adulte déficient auditif souffrant de cécité	100 % BR
Piles, accessoires et entretien de l'appareil auditif	150 % BR

* Soins, prothèses et équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement, dans le respect des prix limites de vente, des honoraires limites de facturation et des plafonds définis par la réglementation.

(1) L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la 1^{ère} année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.



LA PRÉVENTION

LA PRÉVENTION	
Vaccin anti-grippe	Frais réels
Vaccins et analyses non remboursés par la Sécurité sociale - sur prescription médicale (forfait / an / bénéficiaire)	30 €
Actes de prévention dans le cadre des contrats responsables	Inclus

Votre contrat vous permet de bénéficier du Tiers-Payant. Tout ce qui n'est pas précisé dans le tableau est remboursé à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Les soins réalisés à l'étranger sont pris en charge sur la base du remboursement de la Sécurité sociale.

Le remboursement des prestations exprimées en forfait /an/ bénéficiaire couvrant des dépenses non remboursées par la sécurité sociale est fixé en année glissante à partir de la date de souscription du contrat

Conformément au cahier des charges des contrats responsables, toutes nos formules sont responsables :

- La mutuelle prend en charge l'intégralité du Ticket Modérateur pour tout acte de prévention prévu par le Code de la Sécurité sociale et faisant l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale.
- La mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire et les franchises annuelles sur les médicaments, actes paramédicaux et transports sanitaires. Les garanties s'appliquent dans le cadre du respect du parcours de soins et dans les conditions prévues aux conditions générales, règlement mutualiste ou dans la notice d'information : la mutuelle ne prend pas en charge les sanctions appliquées en cas de non-respect du parcours de soins.

Comment lire VOTRE TABLEAU DE GARANTIES ?



% BR

Pour chaque acte de santé, la Sécurité sociale définit une Base de Remboursement (BR) exprimée en €, consultable sur ameli.fr. **La Sécurité sociale rembourse un % de cette base de remboursement** (ex. : 70 % pour un généraliste, 60 % pour un kiné, 80 ou 100 % pour une hospitalisation). Le % BR indiqué dans votre tableau de garanties comprend le remboursement de la Sécurité sociale complété par celui de M comme Mutuelle.

% BR + €

Pour certains actes, en plus du % BR, M comme Mutuelle peut ajouter un forfait annuel exprimé en €, permettant de renforcer votre remboursement.

DPTM

Il s'agit du Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, par lequel les médecins qui y adhèrent s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires de manière modérée. La liste des médecins adhérents est consultable sur ameli.fr

TM

Le Ticket Modérateur est la différence entre la Base de Remboursement (BR), montant défini par la Sécurité sociale, et le remboursement effectif réalisé par la Sécurité sociale (un % de cette BR).

COMMENT COMPRENDRE VOS REMBOURSEMENTS

Exemple : votre garantie "consultation généraliste" est de 100 % BR

VOUS DÉPENSEZ	BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	LA SÉCURITÉ SOCIALE VOUS REMBOURSE	PARTICIPATION FORFAITAIRE (P. F.)	NOUS VOUS REMBOURSONS	VOTRE RESTE À CHARGE
30 €	30 €	19 € (70 % de la BR - 2 € de p. f.)	2 € de p. f.	9 € (30 % de la BR)	2 € de p. f.

Exemple : votre garantie "consultation spécialiste adhérent au DPTM" est de 150 % BR*

VOUS DÉPENSEZ	BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	LA SÉCURITÉ SOCIALE VOUS REMBOURSE	PARTICIPATION FORFAITAIRE (P.F.)	NOUS VOUS REMBOURSONS	VOTRE RESTE À CHARGE
42 €	31,50 €	20,05 € (70 % de la BR - 2 € de p. f.)	2 € de p. f.	19,95 €** (80 % de la BR)	2 € de p. f.

Exemple : votre garantie "consultation spécialiste NON adhérent au DPTM" est de 130 % BR*

VOUS DÉPENSEZ	BASE DE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE	LA SÉCURITÉ SOCIALE VOUS REMBOURSE	PARTICIPATION FORFAITAIRE (P.F.)	NOUS VOUS REMBOURSONS	VOTRE RESTE À CHARGE
42 €	23 €	14,10 € (70 % de la BR - 2 € de p. f.)	2 € de p. f.	6,90 €** (60 % de la BR)	21 € 19 € + 2 € de p. f.

* Spécialiste correspondant consulté sur adressage du médecin traitant. Les majorations qui peuvent être facturées ne sont pas intégrées aux bases de remboursement.

** Dans la limite des frais réels engagés.



Accédez à votre Espace client 24h/24 et 7j/7 : rien de plus simple pour télécharger votre carte de Tiers-payant, consulter vos remboursements, déposer un devis ou une facture, gérer vos contrats ou modifier votre situation.

QU'EST-CE QUE LE FORFAIT PATIENT URGENCES ("FPU") ?

Depuis le 1^{er} janvier 2022, chaque personne qui se rend aux urgences, dès lors que ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation au sein de l'établissement, doit régler un forfait, le "FPU", d'un montant de 19,61 €. **Ce forfait est intégralement pris en charge par votre contrat M comme Mutuelle.**

Ce FPU concerne les personnes qui se rendent aux urgences pour des soins non programmés. Pour certaines personnes, son montant est minoré à 8,49 € (comme pour les personnes en affection de longue durée (ALD) ou les bénéficiaires de prestations à la suite d'un accident du travail par exemple). Pour d'autres personnes, comme les femmes enceintes, les nouveau-nés de moins d'un mois, les bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME), il n'est pas à régler.

QU'EST-CE QUE LE DISPOSITIF "MON SOUTIEN PSY" ?

Ce dispositif prévoit la prise en charge des séances réalisées par un psychologue conventionné (libéral ou exerçant en centre de santé/maison de santé), sous certaines conditions. La Sécurité sociale prend en charge une partie des séances (à hauteur de 60 %) et **M comme Mutuelle vient compléter la partie restant à la charge de l'adhérent.**

Le parcours de soin prévoit un accompagnement de 12 séances par année civile :

- 1 entretien d'évaluation, en présentiel :
tarif plafonné à 50 € pour cette séance,
- 11 séances de suivi, en présentiel ou par téléconsultation :
tarif plafonné à 50 € par séance.

Le renouvellement sera possible l'année suivante selon l'avis du médecin.

Pour en bénéficier, il faut être âgé d'au moins 3 ans, présenter des troubles d'une nature ou d'une intensité légère à modérée définis par arrêté, et consulter un psychologue conventionné avec l'Assurance maladie.

QU'EST CE QUE LE 100 % SANTÉ ?



Ce dispositif vous permet d'accéder à un ensemble de prestations intégralement prises en charge par l'action combinée de la Sécurité sociale et de M comme Mutuelle.

- Si vous optez pour des prestations comprises dans les paniers "100 % Santé", **vosre dépense sera intégralement remboursée**
- Si vous choisissez le panier "libre", **les remboursements s'effectueront selon les niveaux de garanties prévus par votre contrat**

QUE CONTIENNENT CES PANIERS 100 % SANTÉ ?



L'OPTIQUE



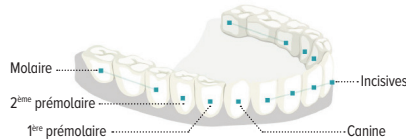
- Montures respectant les normes européennes et garanties 2 ans (valeur maximale : 30 €)
- Choix parmi une sélection de :
 - 17 montures adultes
 - 10 montures enfants



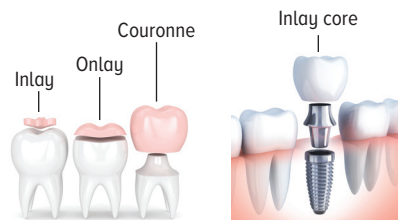
- Verres respectant les normes européennes et pouvant traiter l'ensemble des troubles visuels
- Avec amincissement en fonction du trouble visuel, traitement anti-rayures et traitement anti-reflet obligatoires



LES PROTHÈSES DENTAIRES



- Couronnes céramiques monolithiques (autres que zircone) et céramo-métalliques sur les dents visibles (**incisives, canines et 1ère prémolaires**) ; couronnes céramiques monolithiques zircons (**incisives, canines et prémolaires**), couronnes métalliques toute localisation
- Inlays-core et couronnes transitoires liées aux couronnes définitives 100 % Santé
- Bridges céramo-métalliques (**incisives**) et bridges métalliques toute localisation
- Prothèses amovibles à base de résine



LES AIDES AUDITIVES



- Tous types d'appareils parmi une sélection définie réglementairement : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire
- Avec au minimum 3 options parmi les suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruits du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération
- 4 ans de garantie et une période d'essai de 30 jours



Les valeurs d'entraide et de solidarité sont chères à M comme Mutuelle. En cas de difficultés liées à la santé, au handicap, ou à un accident de la vie, la Commission d'Entraide est à votre écoute pour étudier votre situation de façon personnalisée. Le dossier est disponible en agence, sur votre Espace client, ou par téléphone.

OPTIQUE - Précisions sur les verres

Verres simples :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres très complexes :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Prestation d'appairage : il s'agit d'une prestation effectuée par l'opticien lorsque l'équipement optique comporte des verres de corrections différentes. Cette prestation d'appairage permet d'éviter un grossissement trop différent entre les verres.

Vos services



Parce que nous sommes plus que jamais à votre écoute,
votre contrat santé Esprit M inclut l'accès à un pack de services complets et rassurants.

UN SERVICE D'ASSISTANCE POUR VOUS ACCOMPAGNER AU MIEUX avec M'ASSISTANCE

Chez M comme Mutuelle, nous savons que la vie est faite d'imprévus : une hospitalisation, une immobilisation à votre domicile, un décès... Les services proposés par M'Assistance vous aident à faire face aux conséquences de ces situations imprévues.

■ **Une urgence médicale à votre domicile ?**

M'Assistance peut organiser le passage de personnel médical, le transfert à l'hôpital ou l'acheminement de médicaments.

■ **Une hospitalisation de plus de 48 heures ou une immobilisation de plus de 5 jours ?**

M'Assistance peut prévoir la venue d'une aide à domicile, la prise en charge de vos enfants/petits-enfants ou de vos animaux de compagnie.

■ **Un grave problème de santé ou un décès qui touche une personne de votre foyer ?**

Un service d'accompagnement médico-social ou psychologique peut vous être proposé ainsi qu'une aide pour l'organisation des obsèques.

■ **L'arrivée d'un nouveau né au sein du foyer ?**

Une auxiliaire puéricultrice peut vous soulager à votre retour au domicile.

■ **L'un de vos enfants est hospitalisé ou immobilisé ?**

Un soutien pédagogique ainsi que la garde de vos autres enfants peuvent être organisés à votre domicile.

■ **Vous accompagnez un parent dépendant dans son quotidien ?**

Vous pouvez être accompagné dans vos démarches pour faire face à cette situation et, en cas d'absence, une prise en charge temporaire et des services à la personne peuvent vous être proposés.

■ **Vous êtes salarié indépendant et en incapacité de poursuivre votre activité ?**

Vous pouvez être aidé dans la recherche d'un remplaçant temporaire (diffusion d'annonces, mise en relation avec des cabinets de recrutement spécialisés).

Pour plus d'informations, vous trouverez le détail de vos garanties dans la Notice d'Assistance fournie lors de votre adhésion, également disponible sur votre Espace Client.

mcm-filassistance.fr

09 69 32 42 62

Service gratuit
+ prix appel

24h / 24 et 7j / 7

INFORMATIONS ET CONSEILS JURIDIQUES avec PRÉJUDIS SANTÉ

Préjudis Santé est un service d'informations et de conseils juridiques que vous pouvez solliciter en cas de **litige avec un professionnel de santé, un établissement de soins ou un organisme obligatoire d'assurance maladie, de retraite ou de prévoyance**.

Sur simple appel téléphonique, des experts vous indiquent comment déclarer votre litige ainsi que les démarches que vous pouvez entreprendre.

09 69 32 42 62

Service gratuit
+ prix appel

Du lundi au vendredi - de 9h à 20h
Le samedi de 9h à 12h

LA TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE avec MEDAVIZ

Parce que nous savons que la maladie ne prévient pas et peut survenir à tout moment, le service Medaviz vous permet d'entrer en contact avec un médecin **24H/24 et 7j/7 en moins de 3 minutes !**

Vous avez directement accès à des médecins **généralistes et spécialistes** (parmi plus de 20 spécialités : pédiatres, gynécologues, ORL...) mais aussi des professionnels du **paramédical** (psychologues, sages-femmes, pharmaciens...).

Vous pourrez transmettre des documents de manière sécurisée et le professionnel de santé pourra également mettre à votre disposition **tout document jugé utile** (ordonnance, courriers...).

COMMENT ACCÉDER À CE SERVICE ?

- Créez votre compte sur la page dédiée www.medaviz.com/mcommemutuelle en renseignant les 6 derniers chiffres de votre numéro d'adhérent, suivi de votre année de naissance.
- Vous pourrez ensuite joindre un professionnel de santé :
 - soit **par téléphone**, en composant le numéro de téléphone dédié : 09 73 05 40 27
 - soit **via l'application** à télécharger sur votre smartphone, en vous connectant à l'aide du code reçu par SMS

Ce service ne remplace en aucun cas les urgences médicales. Il peut par exemple vous servir dans le cas où votre médecin traitant n'est pas disponible et que vous avez une inquiétude.

medaviz.com/mcommemutuelle

09 73 05 40 27

Service gratuit
+ prix appel

24h / 24 et 7j / 7

L'AVIS D'UN MÉDECIN EXPERT EN MOINS DE 7 JOURS avec deuxiemeavis.fr

Vous avez un problème de santé sérieux et vous vous posez des questions (Dois-je me faire opérer ? Ce traitement est-il adapté ?...).

Puisque votre santé nous est précieuse, nous vous offrons la possibilité de solliciter le service deuxiemeavis.fr qui vous permet de soumettre votre dossier médical à **un médecin expert de votre pathologie** et d'obtenir son avis en **moins de 7 jours**.

CONCRÈTEMENT, COMMENT CELA SE PASSE ?

- Vous constituez votre dossier médical sur le site internet (examens réalisés...) et complétez un questionnaire personnalisé.
- Vous choisissez un médecin expert et obtenez son avis sous forme de compte rendu écrit.
- Vous partagez ce compte rendu avec votre équipe médicale traitante.

deuxiemeavis.fr

01 81 80 00 48

Du lundi au vendredi - de 10h à 19h

LE TIERS-PAYANT ET DES TARIFS AVANTAGEUX POUR VOS LENTILLES avec VISION DIRECT

Parce que nous aimons partager nos bons plans avec vous, découvrez visiondirect.fr, **le site de référence dans la vente en ligne de lentilles de contact !** Vos lentilles sont livrées en 48 h et vous ne faites aucune avance de frais grâce au Tiers-Payant instantané *. Finies les démarches administratives pour vous faire rembourser !

Grâce à M comme Mutuelle, vous bénéficiez en plus de **10% de réduction lors de votre première commande**, ainsi que de **la livraison offerte** sur toutes vos commandes et sans minimum d'achat.

* Si votre contrat de santé prévoit un remboursement des lentilles.

visiondirect.fr

01 86 26 46 60

Du lundi au vendredi - de 9h à 17h30