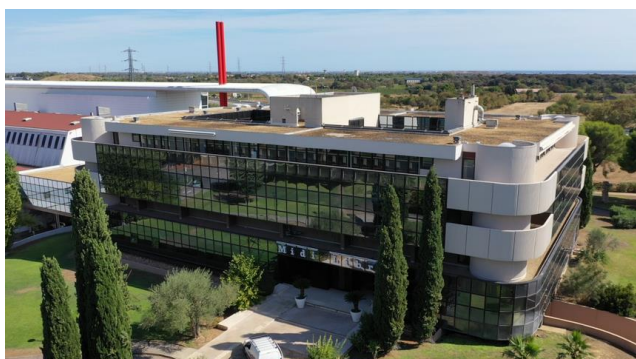


2026

Guide de l'adhérent





La Mutuelle de la Dépêche du Midi a été créée le 17 février 1902, elle a fêté ses 120 ans d'Histoire en 2022.

Une histoire commune avec le Groupe de Presse La Dépêche du Midi, une histoire d'hommes et de femmes en avance sur leur temps, pétris d'humanité et porteurs des idées de solidarité et de progrès.

Cette histoire a été écrite pour rendre hommage à toutes les personnes qui ont fait que la Mutuelle existe, et elle n'a pour ambition que de témoigner et transmettre.

Ce livre est disponible sur simple demande ...

Sommaire

Comment contacter la Mutuelle.....3

Votre complémentaire santé4

Dispositif du 100% santé.....8

Vos garanties.....9

Vos remboursements.....13

Etre soigné14

Etre accompagné17

Fonds d’entraide21

Les Réalisations Sociales22

Comment contacter la Mutuelle



Mutuelle Groupe La Dépêche du Midi
Avenue Jean Baylet
31095 Toulouse cedex 9



05 62 11 35 00

Accueil téléphonique du lundi au vendredi
de 10h à 12h et de 14h à 16h



mutuelle@ladepeche.fr



www.mutuelle-depeche.fr

Pour créer votre compte ou pour accéder à votre espace personnel

www.mutuelle-depeche.fr

Cliquez sur «espace adhérent»

 Espace
Adhérents

Vous accédez à votre espace en ligne Harmonie&Moi

Bon à savoir

Pour toute correspondance avec votre mutuelle, pensez à indiquer votre numéro d'adhérent !

Votre complémentaire santé



Bénéficiaires

Sont bénéficiaires de ce régime les salariés, les anciens adhérents salariés, et leurs ayants droit dans les conditions d'adhésion définies ci-dessous. L'adhésion à ce régime s'effectue sans période de carence.

Bénéficiaires du régime au titre des salariés

Le contrat est à adhésion obligatoire pour tout salarié de l'entreprise.

Sont également bénéficiaires de ce régime, les personnes considérées comme ayants droit du salarié sous réserve des dispositions ci-après :

vos conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS),
vos enfants ou ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un premier emploi, en contrat d'insertion professionnelle ou en stage de type particulier,
vos enfants ou ceux de votre conjoint, en situation de handicap, quel que soit leur âge, sur présentation d'une attestation d'allocation d'adulte handicapé ou d'un justificatif de classification en catégorie 2 ou 3 invalidité de la Sécurité Sociale.

Bénéficiaires du régime au titre des anciens adhérents salariés

Le régime est ouvert aux anciens adhérents salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le cas échéant dans les six mois suivants l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient de la portabilité des droits.

Il est également ouvert aux veufs, veuves, orphelins de personnel actif ou non actif décédé, sous réserve que leur demande soit faite auprès de la mutuelle, dans un délai maximum de six mois, après la rupture du contrat de travail ou en cas de décès du membre participant.

Contrats solidaires et responsables

La mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. À ce titre :

- aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- les garanties respectent les exclusions et obligations minimales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable ;
- les garanties permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

Territorialité

Les garanties du contrat s'exercent en France métropolitaine, et dans les départements et régions français d'Outre-mer (DROM).

En outre, elles s'appliquent à l'étranger sous condition d'intervention du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'assuré. Le règlement de prestations est effectué en euros.

Prise d'effet des garanties

Les garanties sont en vigueur à compter de la date d'embauche ou d'entrée dans la catégorie concernée.

Les prestations sont servies dès lors que la date des soins est postérieure à la prise d'effet des garanties. Si l'adhérent adhère ultérieurement au contrat collectif, son affiliation prend effet au 1er jour du mois de la réception de la demande. Ses droits et, le cas échéant, ceux de ses ayants droit, sont ouverts à cette date.

Adhésion

L'adhésion au régime frais de santé

En tant que salarié du Groupe La Dépêche du Midi et les sociétés IDM et l'Evelyne Pôle Est vous êtes affilié à titre obligatoire au régime frais de santé. Ce régime est également ouvert à titre facultatif aux personnes qui étaient adhérentes au régime frais de santé à titre obligatoire lorsqu'elles étaient en activité. Des bulletins d'adhésion sont prévus pour l'affiliation de chacune des catégories de bénéficiaires (salariés, anciens adhérents salariés).

- Remplir selon le cas le bulletin d'adhésion concerné, le dater et le signer.
- Pour les adhérents à titre facultatif compléter, dater et signer le mandat de prélèvement SEPA (joindre un RIB ou RIP).
- Joindre les pièces justificatives suivantes :
 - La photocopie de votre attestation de droits à l'Assurance Maladie qui vous a été délivrée par votre centre de Sécurité sociale et, le cas échéant, celle de vos ayants droit.
 - Un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) afin de recevoir les remboursements sur votre compte bancaire.
 - Les photocopies des justificatifs de la situation de vos enfants à charge (certificat de scolarité, carte d'étudiant, contrat d'apprentissage, carte d'invalidité adulte handicapé ...)

Retour des documents d'adhésion :

- Régime des actifs, à votre gestionnaire ressources humaines.
- Régime des anciens adhérents salariés, à Mutuelle Groupe La Dépêche Midi.

Le paiement de la cotisation

- Si vous êtes salarié, votre cotisation sera prélevée mensuellement sur votre bulletin de paie.
- Si vous êtes anciens adhérents salariés, vous devrez régler votre cotisation directement à Mutuelle Groupe La Dépêche du Midi, par prélèvement automatique sur votre compte bancaire.

Changement de situation

Afin de suivre au mieux votre dossier, il convient de signaler à votre mutuelle :

- un changement d'adresse ou un changement de RIB ;
- un changement de situation familiale (mariage, naissance, séparation, décès) ;
- un changement de la situation de vos ayants droit (changement de régime obligatoire).

Prise d'effet de vos modifications

Les modifications prennent effet le 1er jour du mois qui suit la date de votre demande et au jour de la naissance ou de l'adoption pour l'inscription d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté. En cas de prestations indûment versées, suite à une modification non signalée, vous devez rembourser votre mutuelle en tant que responsable de la qualité de vos ayants droit.

Portabilité des droits

Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage. En application de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 modifié par avenant n°3 du 18 mai 2009, les salariés dont la rupture du contrat de travail (hors faute lourde) ouvre droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage peuvent demander à bénéficier du maintien du présent régime. Les anciens salariés bénéficiaires peuvent rester adhérents au contrat durant le temps de leur droit à portabilité.

Depuis le 1er juin 2014 et conformément aux dispositions de l'article 911-8 du Code de la Sécurité sociale (loi N° 2013-054 du 14 juin 2013), la durée du maintien de garantie doit être égale à celle du dernier contrat de travail et ce dans une limite maximale de 12 mois. Passée cette période, les anciens salariés peuvent demander le maintien des garanties dans le cadre de la loi Evin présentée ci-dessous.

Maintien des garanties

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire et conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989 (N° 89-1009), peuvent demander le maintien auprès de la mutuelle, de la couverture santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical :

- les anciens adhérents salariés, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ;
- les personnes garanties du chef de l'adhérent salarié décédé, pendant une durée minimale de 12 mois, à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif, la mutuelle peut accepter le maintien d'une couverture d'assurance individuelle sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médical, sous réserve que l'adhérent salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat.

Les dispenses d'adhésion

Peuvent demander à être dispensés de la mutuelle santé d'entreprise, les salariés qui se trouvent dans l'une des situations suivantes :

1 : Les salariés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS). Cette dispense est valable jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de ce dispositif d'aide.

2 : Les salariés déjà couverts par une assurance individuelle Frais de Santé, pour la seule période restant à courir jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel.

3 : Les salariés déjà couverts en tant qu'ayant droit, en qualité d'époux (se) ou de partenaire de Pacs, du bénéficiaire :

- D'un régime frais de santé collectif dans le cadre de la loi ANI, s'il prévoit une adhésion obligatoire des membres de la famille au même titre que celle du salarié ;
- D'un contrat d'assurance de groupe dit Madelin ;
- Du régime local d'Alsace-Moselle ;
- D'un régime complémentaire qui relève de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
- De la mutuelle des agents de l'Etat ou des collectivités territoriales.

4 : Les salariés à temps très partiel si la cotisation équivaut à 10% ou plus du salaire.

5 : Les salariés en CDD ou en apprentissage ou de mission s'ils sont déjà couverts par un contrat santé responsable, ou bénéficiaires en tant qu'ayant droit d'une couverture santé par un contrat collectif responsable. La dispense est valable tant que les salariés bénéficient de cette couverture.

Résiliation annuelle

Dans le cadre des contrats collectifs à adhésion facultative le membre participant peut résilier son contrat annuellement en respectant un préavis de deux mois précédant la date d'échéance principale. La demande devra être formulée avant le 1^{er} novembre selon les modalités prévues à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, à savoir au choix du membre participant :

- Soit par lettre ou tout autre support durable,
- Soit par déclaration faite au siège social,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit, lorsque la mutuelle propose la conclusion d'adhésion au présent règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication,
- Soit par tout autre moyen prévu par le règlement.

Résiliation exceptionnelle

Dans le cadre des contrats collectifs à adhésion facultative le membre participant peut exceptionnellement résilier son contrat s'il apporte la preuve, dans les deux mois de sa mise en place, qu'un accord d'entreprise ou qu'une convention collective impose son affiliation obligatoire à un autre organisme. Au-delà du délai de deux mois, la résiliation sera effective au premier jour du mois qui suit la demande écrite.

La résiliation en cours d'année est également acceptée, à titre exceptionnel, pour le membre participant bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire sur présentation de la notification d'attribution.

Résiliation infra-annuelle

Dans le cadre des contrats collectifs à adhésion facultative le membre participant peut résilier son adhésion, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. Cette résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant. Le membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert et jusqu'à la date d'effet de la résiliation. La demande de résiliation devra être formulée selon les modalités prévues à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité (voir ci-dessus).

Ces droits de résiliation ne sont pas ouverts au membre participant dans le cadre des contrats collectifs à adhésion obligatoire.

Dispositif du 100% santé



En Audiologie

Vous pouvez choisir le parcours de soins 100% Santé (Classe 1) qui vise à garantir un accès à une offre sans reste à charge pour certains équipements. Dans le cadre du 100% santé, les aides auditives sont intégralement prises en charge par votre contrat de complémentaire santé responsable. Vous pouvez également choisir des aides auditives n'appartenant pas au panier 100% Santé (Classe 2) et dont les tarifs sont librement définis par l'audioprothésiste.

Exemple remboursement classe 1 : vous avez besoin d'une aide auditive et vous choisissez un équipement de classe 1. Le prix limite de vente par oreille est fixé à 950,00 €

- L'Assurance Maladie prendra en charge 240,00 €
- La mutuelle prendra en charge 710 €
- Votre reste à charge sera de 0 €.

Exemple remboursement classe 2 : vous avez besoin d'une aide auditive et vous choisissez un équipement de classe 2. Le prix est librement fixé par le professionnel de santé. Le prix moyen constaté par oreille est de 1 500,00 €.

- L'Assurance Maladie prendra en charge 240,00 €
- La mutuelle prendra en charge 860 €
- Votre reste à charge sera de 400 € par oreille pour un équipement facturé 1 500 €.

Conformément aux dispositions de l'instruction du 4 juin 2019 de la Direction de la Sécurité Sociale, la mutuelle rembourse une aide auditive par oreille tous les 4 ans et un jour à compter de la date d'acquisition de l'équipement, sauf en cas de renouvellement anticipé pris en charge par la Sécurité Sociale. Ce délai court séparément pour chacune des aides.

En Optique

Le niveau de remboursement varie selon l'importance du défaut visuel et le niveau de complexité des verres. Pour connaître précisément le montant de votre remboursement, n'hésitez pas à demander un devis à votre opticien. Vous pouvez choisir le parcours de soins 100% Santé qui vise à garantir un accès à une offre sans reste à charge pour certains équipements. L'offre se décompose en deux « paniers » : le panier A qui est 100% remboursé et le panier B, pour lequel les prix sont libres et dont le remboursement dépend du niveau de garantie avec la mutuelle.

Vous avez également la possibilité de « panacher » l'offre, c'est à dire de choisir des verres sans reste à charge (panier A) et une monture selon vos goûts à tarif libre (panier B). Cette monture sera remboursée par la mutuelle dans la limite de 100 €.

Exemple : vous devez porter des lunettes et choisissez un équipement optique de classe B, monture + verres multifocaux (Prix moyen pratiqué : 525,00 €)

- L'Assurance Maladie prendra en charge 0,09 €
- La mutuelle prendra en charge pour la monture 100 € (remboursement maximum autorisé) pour les verres de type complexe 360,04 €
- Votre reste à charge sera de 64,87 € pour un équipement facturé 525 €.

En dentaire

Le niveau de remboursement varie selon les paniers d'équipements dentaires. Votre chirurgien-dentiste doit vous établir un devis et vous mettre en avant l'offre 100% santé.

3 paniers sont proposés :

- 1- Panier 1 – 100% santé. Remboursement intégral par le régime obligatoire et la Mutuelle en fonction de la nature de l'acte et du numéro de la dent soignée.
- 2- Panier 2 – Honoraires Maîtrisés. Remboursement en respect des honoraires négociés, au niveau national, et en fonction des garanties frais de santé de la Mutuelle.
- 3- Panier 3 – Tarifs Libres. Choix libre de techniques et matériaux plus sophistiqués.

Priorité prévention dentaire pour les enfants, dès 3 ans, et les jeunes adultes, jusqu'à 24 ans. Examen buccodentaire pris en charge à 100% par l'assurance maladie. Il permet de détecter les besoins de soins et que ces soins soient pris en charge en totalité. Est également pris en charge, l'application de vernis fluorés chez l'enfant présentant un risque carieux élevé.

Vos garanties



L'engagement de la Mutuelle

L'engagement de la mutuelle porte uniquement sur les taux et montants indiqués dans la colonne «Remboursement mutuelle».

Le remboursement total donné à titre indicatif peut être modifié à tout moment du fait d'une modification du remboursement de l'Assurance maladie obligatoire.

Les pourcentages indiqués s'appliquent sur la base de remboursement utilisée par l'Assurance maladie obligatoire (tarif de responsabilité) dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Les remboursements sont effectués dans la limite de la dépense engagée.

Participation forfaitaire et franchises médicales

Sont laissées à la charge des assurés sociaux par l'Assurance maladie obligatoire et viennent en déduction du remboursement de l'Assurance maladie obligatoire :

- la participation forfaitaire pour tout acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale ;
- les franchises médicales annuelles sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret par bénéficiaire de soins. Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les enfants et jeunes de moins de 18 ans et les femmes enceintes en sont toutefois exonérés.

De par la réglementation, elles ne sont pas remboursées par la mutuelle au titre de la présente garantie et restent à la charge du bénéficiaire des soins.

Prestations hors parcours de soins coordonnés

Lorsque vous recevez des soins médicaux sans passer par votre « médecin traitant », à l'exception des cas prévus par la loi, l'Assurance maladie obligatoire considère que vous ne respectez pas le « parcours de soins coordonnés ».

C'est pourquoi les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement. Ces diminutions de remboursement par l'Assurance maladie obligatoire restent, de par la loi, à votre charge exclusive et ne peuvent être remboursées par la présente garantie.

MUTUELLE GROUPE LA DEPECHE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ		Garanties Frais de Santé 2026		Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)	Prise en charge Mutuelle *		TOTAL
Contrat Solidaire et Responsable					Au titre du ticket modérateur et dans la limte de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	Y compris Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)
SOINS COURANTS - HONORAIRES MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX							
Consultations, visites : généralistes (dont télésurveillance médicale)							
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée		70% ou 60%	30% ou 40%	300%	400%		
Autres praticiens		70% ou 60%	30% ou 40%	100%	200%		
Consultations, visites : spécialistes (dont télésurveillance médicale)							
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée		70% ou 60%	30% ou 40%	300%	400%		
Autres praticiens		70% ou 60%	30% ou 40%	100%	200%		
Actes de sages-femmes		70%	30%	-	100%		
Auxiliaires médicaux, y compris psychologue dans le dispositif Mon Soutien Psy		60%	40%	-	100%		
Ambulances, véhicules sanitaires légers ...		55%	45%	-	100%		
SOINS COURANTS - MÉDICAMENTS							
Médicaments à SMR important		65%	35%	-	100%		
Médicaments à SMR modéré		30%	70%	-	100%		
Médicaments à SMR faible		15%	0%	-	15%		
+ Forfait supplémentaire médicaments non remboursés par le RO + PH2 (1)(2)		-	-	250 € / AN	250 € / AN		
SMR : Service Médical Rendu (1) Médicaments à SMR faible (PH2) et les médicaments non remboursés par le RO (PHN) référencés sur le site http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr (2) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire et de l'ordonnance du praticien							
SOINS COURANTS - ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE							
Actes techniques médicaux et d'échographie							
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée		70%	30%	300%	400%		
Autres praticiens		70%	30%	100%	200%		
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée							
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée		70%	30%	300%	400%		
Autres praticiens		70%	30%	100%	200%		
Examens de laboratoires		60%	40%	-	100%		
Amniocentèse (sous conditions) (3)(4)		-	-	Frais réel	Frais réel		
Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO - Forfait annuel (5)		-	-	50 € / AN	50 € / AN		
Bilan psychomoteur ou séance en cabinet libéral (5)		-	-	300 € / AN	300 € / AN		
(3) Intervention pratiquée sur adhérente de 35 ans et plus. (4) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire et du décompte de la sécurité sociale. (5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire.							
SOINS COURANTS - MATÉRIEL MÉDICAL							
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le RO		60%	40%	-	100%		
+ Forfait supplémentaire		-	-	150 € / AN	150 € / AN		
Prothèses mammaires (4)		60%	40%	-	100%		
+ Forfait supplémentaire		-	-	150 € / AN	150 € / AN		
Véhicule pour personne en situation de handicap : location courte durée (13)					100% santé		
Prothèse capillaire (13)				-	100% santé		
Prothèse capillaire à tarif maîtrisé ou à tarif libre (13)		60%	40%	-	100%		
+ Forfait supplémentaire		-	-	150 € / AN	150 € / AN		
(4) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire et du décompte de la sécurité sociale. (13) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.							
AIDES AUDITIVES							
Equipement 100 % Santé (6) (7)					100 % Santé		
Equipement à tarif libre (6) (7)		60%	40%	-	100%		
+ Forfait supplémentaire (6) (7)		-	-	700 € / Appareil	700 € / Appareil		
Piles et accessoires		60%	40%	-	100%		
+ Forfait supplémentaire (5)				70 € / AN	70 € / AN		
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire. (6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation. (7) Un équipement est composé d'un appareillage par oreille. Prise en charge limitée, par oreille, à une aide auditive par période de 4 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.							
HOSPITALISATION							
Frais de séjour (*)		80% ou 100%	20% ou 0%	-	100%		
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)							
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée		80% ou 100%	20% ou 0%	300%	400%		
Autres praticiens		80% ou 100%	20% ou 0%	100%	200%		
Ambulances, véhicules sanitaires légers ...		55% ou 100%	45% ou 0%	-	100%		
Forfait journalier hospitalier		-	-	Frais réel	Frais réel		
Chambre particulière avec nuitées (8)							
Chirurgie, en illimitée		-	-	60 € / Nuit	60 € / Nuit		
Médecine, limitée à 60 nuits / an		-	-				
Psychiatrie, rééducation et convalescence limitée à 45 nuits / an		-	-				
Chambre particulière en ambulatoire (8) (9)		-	-	20 € / Jour	20 € / Jour		
Frais accompagnant (10)		-	-	30 € / Jour	30 € / Jour		
(*) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : cures médicales en établissements de personnes âgées, ateliers thérapeutiques, instituts ou centres médicaux à caractère éducatif psycho-pédagogique et professionnel, centres de rééducation professionnelle, services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. La chirurgie esthétique, à l'exception des actes pris en charge par les régimes obligatoires, ne donne pas lieu à prise en charge par la mutuelle. (8) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (9) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. (10) Hospitalisation enfant de - 16 ans dans la limite de 30 jours an et /bénéficiaire. Hospitalisation adulte uniquement en chirurgie dans la limite de 6 jours /an et /bénéficiaire. Concerne uniquement les frais de repas et/ou hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille lors d'une hospitalisation avec nuitée(s) prise en charge au titre de la présente garantie. Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire et du bulletin d'hospitalisation.							

MATERNITÉ				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100%	-	300%	400%
Autres praticiens	100%	-	100%	200%
Chambre particulière avec nuitées (8) (11)	-	-	60 € / Nuit	60 € / Nuit
Indemnité de naissance (12)	-	-	250 €	250 €
(8) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (11) Chambre particulière : prise en charge limitée à 45 nuitées par année civile et par bénéficiaire. (12) Indemnité par enfant inscrit à la mutuelle dans les trois mois qui suivent sa naissance ou son adoption. Sur présentation de la copie du bulletin de naissance ou d'adoption et ou du livret de famille.				
OPTIQUE				
Equipelement 100 % Santé (13) (14) (15)				
Monture				100 % Santé
Par verre hors réseau ou dans le réseau				100 % Santé
Equipelement à tarif libre hors réseau ou dans le réseau (13) (14) (15) (16) (26)				
Monture	60%	40%	99,95 €	100 % + 99,95 €
Par verre hors réseau ou dans le réseau				
- Simple	60%	40%	100 €	100 % + 100 €
- Complexe	60%	40%	180 €	100 % + 180 €
- Très complexe	60%	40%	250 €	100 % + 250 €
Adaptation de la correction effectué par l'Opticien	60%	40%	-	100%
Verres avec filtres	60%	40%	-	100%
Autres suppléments (prisme, système antiphtosis, verres iséiconiques)	60%	40%	-	100%
Lentilles de vues acceptées par le RO	60%	40%	250 € / AN	100 % + 250 € / AN
Lentilles de vues refusées par le RO (5)	-	-	200 € / AN	200 € / AN
Actes de chirurgie des yeux non remboursés par le RO (5) (17)	-	-	400 € / CeiI / AN	400 € / CeiI / AN
Pose implant intraoculaire non remboursé par le RO (5) (17)	-	-	200 € / CeiI / AN	200 € / CeiI / AN
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire. (13) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (14) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. (15) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre). (16) - 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 égale à 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro- cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) 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 0.00 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 0.00 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. (17) Actes de chirurgie des yeux (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux. (26) Les technologies de freinage de la myopie inscrite à la LPP sont prises en charge de la même manière que l'équipement à tarif libre.				
DENTAIRE				
Soins	60%	40%		100%
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé				100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarif maîtrisés hors réseau ou dans le réseau				
Prothèses Fixes Visibles (Incisive, Canine et Prémolaire)	60%	40%	300%	400%
Prothèses Fixes Non Visibles (Molaires)	60%	40%	250%	350%
Inlay-Core	60%	40%	100%	200%
Prothèse transitoire	60%	40%	200%	300%
Inlay onlay	60%	40%	200%	300%
Prothèse amovibles	60%	40%	250%	350%
Soins et prothèses dentaires à tarifs libres				
Prothèses Fixes Visibles (Incisive, Canine et Prémolaire)	60%	40%	300%	400%
Prothèses Fixes Non Visibles (Molaires)	60%	40%	250%	350%
Inlay-Core	60%	40%	100%	200%
Prothèse transitoire	60%	40%	200%	300%
Inlay onlay	60%	40%	200%	300%
Prothèse amovibles	60%	40%	250%	350%
Actes et prothèses dentaires HN ou NR (5) (18)	-	-	75 € / Acte	75 € / Acte
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	60% ou 100%	40% ou 0%	200%	300%
Orthodontie refusée par le régime obligatoire (5)	-	-	300 € / AN	300 € / AN
Parodontologie (5) (19)	-	-	500 € / AN	500 € / AN
Implantologie (5) (20)	-	-	600 € / Implant	600 € / Implant
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire. (18) Prise en charge limitée à 4 actes ou prothèses dentaires HN (Hors Nomenclature) ou NR (Non Remboursable) par année civile et par bénéficiaire. (19) Inclus la greffe osseuse. (20) Prise en charge limitée à 2 implants par année civile et par bénéficiaire.				

CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65% ou 70%	35% ou 30%	-	100%
+ Forfait supplémentaire pour hébergement ou frais de transport (21)	-	-	200 € / AN	200 € / AN
(21) Pour les frais de transport : formulaire à récupérer à la mutuelle sur simple demande				
MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES				
Acupuncture; Chiropractie; Diététique; Etiopathie; Homéopathie; Hypnothérapie; Méthodes Mézières; Naturopathie; Neuropsychologie; Nutritionniste; Ostéopathie; Pédicurie; Podologie; Psychologie; Thérapie EMDR. (5) (22) (23)	-	-	50 € / Séance	50 € / Séance
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire. (22) Prise en charge limitée à 5 séances par année civile et par bénéficiaire. (23) Non pris en charge par le régime obligatoire. Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le N°FINESS et/ou le N°ADELI et/ou le N°RPPS du professionnel concerné.				
PRÉVENTION				
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13/08/2004	60% ou 70%	40% ou 30%	-	100%
Vie sans tabac : Sevrage tabagique (24)	-	-	50 € / AN	50 € / AN
Vaccin anti-grippal (5)	-	-	Frais réel	Frais réel
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire. (24) Prise en charge substitutif nicotique sur prescription médicale après intervention du régime obligatoire.				
GARANTIE SUPPLÉMENTAIRE				
Participation aux frais d'obsèques (25)	-	-	250 €	250 €
(25) En cas de décès de l'adhérent ou de son ayant droit couvert par la mutuelle. Sur présentation du bulletin de décès, de la facture acquittée des frais d'obsèques.				
La téléconsultation médicale sans rendez-vous en direct 24h/24 et 7j/7 - Prise de rendez-vous médical simplifiée				
Maiia est un service qui permet aux adhérents d'accéder à un professionnel de santé, un avis médical. Ce service de prise de rendez-vous avec un médecin et de téléconsultation 24h/24 7j/7, est inclus dans la complémentaire santé des adhérents. 5 téléconsultations 24/7 sont réservés à chaque adhérent, renouvelable chaque année, sans surcoût. Les autres consultations en cabinet ou à distance, réservées via le service Maiia, sont prises en charge par le régime obligatoire et la mutuelle. Pour accéder aux services Maiia, connectez-vous à votre espace Harmonie&Moi et sélectionnez "Mes services", choisissez "prise de rendez-vous médical" ou "téléconsultation sans rendez-vous" dans la liste proposée. * Accéder à un médecin généraliste. Gérez vos rendez-vous avec votre généraliste ou accédez à d'autres généralistes disponibles à proximité, même en tant que nouveau patient. * Accéder à un spécialiste en cas de besoin. Cherchez et prenez rendez-vous avec un des 20 000 médecins disponibles (psychiatres, gynécologues, pédiatres, sage-femmes, dermatologues, kinés ...). * Avoir un avis médical à tout moment. Echangez avec un généraliste ou un spécialiste disponible en temps réel, 24h/24, 7j/7 (nuit, week-end, jour férié, sur mon lieu de vacances)				
MUTUELLE DÉPÊCHE ASSISTANCE - 09 69 32 11 69 (appel non surtaxé)				
A S S I S T A N C E	Ecoute, conseil & orientation (24/7)	Service dédié aux bénéficiaires pour apporter un soutien à chaque moment important de la vie.		
	Accompagnement psycho-social illimité	Le soutien est réalisé par des psychologues, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels.		
	Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation dès l'ambulatorie, de maternité, de traitement anticancéreux et d'immobilisation prévue et imprévue	10 heures d'aide à domicile		
	Prestations complémentaires et spécifiques aux aidants	Bilan psycho-social de la situation. Assistance préventive pour l'aidant. Assistance en cas de situation de crise. Fin de la situation d'aidant		
Protection juridique santé		Prendre en charge des frais de procédure ou à fournir des services découlant de la couverture d'assurance, en cas de différend ou de litige opposant l'assuré à un tiers, en vue notamment de défendre ou représenter en demande l'assuré dans une procédure civile, pénale, administrative ou autre ou contre une réclamation dont il est l'objet ou d'obtenir réparation à l'amiable du dommage subi.		
Assistance soumise à conditions. Voir détail sur la notice d'information téléchargeable sur www.mutuelle-depeche.fr ou appeler au 09 69 32 11 69				

Vos remboursements



Pas d'avance de frais avec ma carte mutualiste

Votre carte mutualiste vous permet de bénéficier du tiers payant auprès des professionnels de santé conventionnés.

En cas d'avance de frais, les remboursements interviennent :

- sous 48 heures* avec NOEMIE
- en 4 jours ouvrés* dans le cas de l'envoi de décomptes

*Après le traitement du dossier par la Sécurité sociale



NOEMIE : des remboursements rapides et simplifiés

Le système de télétransmission NOEMIE permet un échange informatisé des données entre La Mutuelle Groupe La Dépêche du Midi et le Régime obligatoire, sans aucune intervention de votre part. Elle vous dispense de nous envoyer vos décomptes de remboursements. Pour en bénéficier, envoyez-nous votre attestation de droits Sécurité sociale à jour et celles de vos éventuels bénéficiaires.

Bon à savoir

Une seule complémentaire santé peut-être connectée en flux NOEMIE. Si vous disposez d'une seconde complémentaire santé, celle-ci n'est pas active en télétransmission.

Les dépenses de soins importants

Pour les soins importants (acquisition de lunettes et lentilles, réalisation de prothèses dentaires, des dépassements d'honoraires...), faites établir un devis par le professionnel de santé. Nous vous indiquerons en retour le montant remboursé et les frais qui resteront éventuellement à votre charge.

- Connaître par avance le montant des sommes à engager.

- Comparer les prix et les caractéristiques des offres en faisant établir plusieurs devis.
- L'établissement du devis permet la pratique du tiers payant.
- Seuls les soins postérieurs à votre adhésion seront remboursés par la Mutuelle Groupe La Dépêche du Midi.



Accédez au réseau de soin Kalixia

Limitez votre reste à charge en profitant de réductions tarifaires sur des prestations et équipement de qualité auprès de nos professionnels de santé partenaires. Bénéficiez d'une prise en charge immédiate, sans avance de frais sur vos dépenses (sauf ostéo). Près de 20 000 partenaires de santé en audio, optique, dentaire et ostéo. Découvrez ce service inclus dans votre complémentaire santé.



Optique

Ce sont près de 6 300 opticiens partenaires



Audio

Ce sont plus de 4 300 centres d'audioprothèse partenaires



Dentaire

Ce sont plus de 7 300 chirurgiens-dentistes et orthodontistes partenaires



Ostéo

Ce sont plus de 500 ostéopathes partenaires

Vos avantages auprès du réseau de professionnels partenaires Kalixia

- **Des réductions** sur des soins et équipements coûteux grâce à des tarifs négociés au meilleurs prix, avec l'assurance de

restes à charge maîtrisés ou nuls.

- **Des prestations et des services de qualité**, respectant une charte éthique de bonnes pratiques.
- **Une réponse immédiate** aux demandes de prise en charge.
- **Pas d'avance de frais**, grâce au tiers payant systématique.

Le réseau de soins de la Mutualité Française

La Mutuelle GROUPE LA DEPECHE DU MIDI met à disposition des adhérents un large réseau de **services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM)** et de professionnels conventionnés pour mieux les accompagner tout au long de leur vie.



Conventionnement hospitalier

L'objectif est de permettre à tous l'accès à des **soins de qualité** grâce aux **conventions signées entre les mutuelles et les établissements** grâce à :

- un réseau de professionnels sélectionnés selon des **critères de qualité**,
- des **tarifs** accessibles et **encadrés**,
- la dispense de l'avance de frais grâce au **tiers payant**.

Les **571 établissements** conventionnés sont reconnaissables grâce au sticker apposé à l'entrée. Les adhérents peuvent aussi se renseigner auprès de la mutuelle. **Les adhérents bénéficient de ce service sur simple présentation de la carte mutualiste.**



Le service de prise de rendez-vous et de téléconsultation médicale

- **Accéder à un médecin généraliste.** Gérez vos rendez-vous avec votre généraliste ou accédez à d'autres généralistes disponibles à proximité, même en tant que nouveau patient.
- **Accéder à un spécialiste en cas de besoin.** Cherchez et prenez rendez-vous avec un des 20 000 médecins disponibles (psychiatres, gynécologues, pédiatres, sages-femmes, kinés, dermatologues....)
- **Avoir un avis médical à tout moment.** Echangez avec un généraliste ou spécialistes disponible en temps réel, 24h/24, 7j/7 (nuit, week-end, jour)



Pour accéder au service :

1. Connectez-vous à votre espace Harmonie&Moi et sélectionnez "Mes services" dans le menu.
2. Choisissez "prise de rendez-vous médical" ou "téléconsultation sans rendez-vous" dans la liste proposée,
3. Laissez-vous guider par l'outil Maiia ! Choisissez le type de consultation qui vous intéresse, en cabinet, en téléconsultation, avec ou sans rendez-vous. Généraliste ou spécialiste ...
4. Retrouvez vos documents de consultation dans l'espace utilisateur Maiia (compte-rendu et prescription). Accédez facilement à vos prochains rendez-vous.

Vos avantages

- Vous accédez à des services n'importe où : depuis votre salon, votre travail, votre lieu de vacances et même à l'étranger,
- Vous reprenez rendez-vous avec votre médecin traitant, vos spécialistes, en cabinet ou à distance (à condition qu'ils soient présents sur Maiia),
- Vous téléconsultez 24/7, si votre médecin traitant n'est pas disponible, y compris le week-end et les jours fériés (dans la limite de 5 téléconsultations / an/ bénéficiaire),
- Vous accédez au service depuis votre ordinateur, tablette, smartphone : avec ou sans caméra, une connexion internet suffit.

Etre accompagné



Être accompagné au bon moment

Mutuelle GROUPE DEPECHE ASSISTANCE

Au-delà de la seule prise en charge des dépenses de santé, la préoccupation de la mutuelle est d'apporter une réponse aux problèmes pratiques liés à la santé. Ainsi vous et vos ayants droit bénéficiez de prestations d'assistance incluses dans votre garantie santé.

Tout adhérent bénéficie de l'assistance de la Mutuelle GROUPE DEPECHE ASSISTANCE

Une véritable aide dans les moments difficiles, des conseils et services adaptés à chaque situation (hospitalisation, maladie, accident...)

Pour plus de détails, référez-vous à la notice d'information Garantie d'assistance Mutuelle Dépêche, accessible sur

www.mutuelle-depeche.fr

Mutuelle groupe Dépêche Assistance un numéro unique :



L'Adhérent, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'Assisteur, doit communiquer son propre numéro d'Adhérent. Le présent tableau vise à résumer les garanties d'assistance ; pour connaître les conditions et modalités d'application, il convient de se référer aux dispositions de la présente notice d'information ci-après.

GARANTIES	MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE
------------------	-----------------------------------

DÈS LA SOUSCRIPTION

Écoute et Accompagnement Personnalisés	Illimités
Informations juridiques	Illimitées
Conseils et informations médicales	Illimités
Accompagnement spécifique à la parentalité	Illimité
Accompagnement spécifique en cas de décès	Illimité

ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Appels de convivialité	Illimités
Accompagnement social	Illimité
Soutien psychologique	Illimité

PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ

Accès à la protection juridique santé	Illimité
---------------------------------------	----------

EN CAS D'HOSPITALISATION, D'IMMOBILISATION ET DE MATERNITÉ

	Hospitalisation dès l'ambulatorie	Hospitalisation ou immobilisation + 14J de l'enfant	Immobilisation imprévue + 5J ou prévue + 10J	Maternité + 4J, Naissance multiple et/ou césarienne
Aide à domicile	10 heures		10 heures	10 heures
Prestations de bien-être et soutien (auxiliaire de vie, portage de repas, entretien du linge, coiffure, esthéticienne & pédicure à domicile, coaching santé et nutrition...)	Equivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile		Equivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile	Equivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile
Garde des enfants ou petits enfants	40 heures		40 heures	40 heures
Garde des personnes dépendantes à charge	40 heures		40 heures	40 heures
Garde des animaux de compagnie	30 jours		30 jours	30 jours
Téléassistance	3 mois		3 mois	3 mois
Présence d'un proche au chevet	500 euros TTC		500 euros TTC	500 euros TTC
École à domicile		10 heures/semaine		
Immobilisation imprévue au domicile				
Acheminement des médicaments		3 par année civile		
Accompagnement aux courses		3 par année civile		

EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE À PLUS DE 50KM DU DOMICILE

	Hospitalisation imprévue (maladie, accident ou blessure) lors d'un déplacement à + de 50KM du domicile	Hospitalisation imprévue + 5J (maladie, accident ou blessure) lors d'un déplacement à + de 50KM du domicile
Conseil médical	Illimité	
Transfert médical	Coûts réels du reste à charge après remboursement du régime obligatoire et organismes complémentaires.	
Retour des accompagnants	500 euros TTC	
Déplacement et hébergement d'un proche		Déplacement : 500 euros TTC Hébergement : 5 nuits à 125 euros TTC/nuits

EN CAS DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX

Aide à domicile

Pendant toute la durée du traitement

PRESTATIONS D'ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRES ET SPÉCIFIQUES AUX AIDANTS

BILAN PSYCHO-SOCIAL

Soutien psychologique

Illimité

Accompagnement social

Illimité

ASSISTANCE PRÉVENTIVE

	Prévention épuisement de l'aidant	Santé et bien-être de l'aidant	Soutien vie quotidienne	Soutien vie professionnelle
Formation de l'aidant	300 euros TTC			
Acquisition de matériel paramédical ou aides techniques	300 euros TTC			
Médiation	300 euros TTC			
Activité physique adaptée		3 séances		
Présence à domicile		12 heures		12 heures
Conseil médical		Illimité		
Téléassistance			6 mois	
Inscription à une association			1 inscription	
Réseau d'entraide			1 inscription	
Conseils nutrition			5 entretiens	
Portage de repas				Equivalente à l'enveloppe financière de la présence à domicile
Bilan ergothérapeute			1 bilan	

ASSISTANCE EN CAS DE SITUATION DE CRISE

	Hospitalisation + 24H de l'aidant	Immobilisation + 48H de l'aidant	Épuisement de l'aidant	Hospitalisation + 4J de la personne aidée
Aide à domicile	15 heures	15 heures		15 heures
Prestations de bien-être et soutien (auxiliaire de vie, portage de repas, entretien du linge, coiffure, esthétique & pédicure à domicile, coaching santé et nutrition...)	300 euros TTC	300 euros TTC		300 euros TTC
Transport d'un proche au domicile	500 euros TTC	500 euros TTC		
Hébergement temporaire	300 euros TTC	300 euros TTC	Equivalente à l'enveloppe financière de la garde de nuit	
Garde de nuit à domicile			2 nuits	2 nuits
Accueil de jour			Equivalente à l'enveloppe financière de la garde de nuit	
Bilan ergothérapeute				1 bilan

FIN DE LA SITUATION D'AIDANT

	Récupération des capacités de la personne aidée	Décès de la personne aidée
Activité de loisirs	3 séances	
Activité physique adaptée	3 séances	
Conseils nutrition	5 entretiens	
Conseils gestion du budget		5 entretiens
Inscription à une association		1 inscription

Fonds d'entraide



Fonds d'Entraide

Soucieuse de mettre en pratique une valeur qui lui est chère, la solidarité, les Mutuelles du Groupe La Dépêche du Midi conduisent une politique d'action sociale au profit de ses adhérents devant faire face à une situation financière difficile ou à un problème de santé grave entraînant des frais importants.

La Mutuelle Groupe La Dépêche du Midi Complémentaire Santé dispose d'un fonds social qui peut être sollicité pour des problèmes de santé grave entraînant des frais importants (optique, dentaire, frais d'obsèques, frais liés au handicap...).

La Mutuelle Groupe La Dépêche du Midi Réalisations Sociales dispose d'un fonds de solidarité qui peut être sollicité pour des difficultés financières passagères.

Ces deux fonds sont gérés par une commission composée d'élus.

Pour solliciter le Fonds d'Entraide, vous devez :

- Etre adhérent en complémentaire santé,
- Connaître une situation financière difficile ou un problème de santé grave entraînant des frais importants restant à votre charge.

Pour toutes vos demandes un
seul numéro de téléphone :

05 62 11 35 00

Ou télécharger sur notre site
internet le dossier de
demande d'aide

www.mutuelle-depeche.fr

Les Réalisations Sociales



Les bâtisseurs de solidarité

En 1955, la Mutuelle a créé un service de construction de logements en faveur du personnel du Groupe La Dépêche du Midi pour lutter contre la crise du logement qui sévissait à cette époque.

Cette initiative a vu naître entre 1956 et 1966 la résidence Maurice Sarraut, construction de 3 bâtiments située boulevard de l'Embouchure à Toulouse.

Cette résidence d'une capacité de 70 logements de type 3 et de type 4 a fait l'objet de gros travaux de réhabilitation en 2001/2002 et des travaux d'aménagement et de construction d'ascenseurs en 2014/2015.



La résidence les Villas des Tilleuls, a été créée à proximité du siège du Groupe La Dépêche du Midi en 2017.

Cette résidence située au 237 bis route de Saint-Simon à Toulouse est composée de 12 villas-appartements de type 2 et de type 3.



Destination vacances

Toujours dans un souci d'accompagner au mieux ses adhérents dans les différentes phases de leur vie, la Mutuelle Réalisations Sociales a, au fil des ans, acquis des biens immobiliers dans des lieux de villégiature qu'elle met à la disposition de ses adhérents.

Les adhérents ont ainsi le choix d'aller passer quelques jours de vacances dans les trois sites suivants :

- Bidart (Pyrénées-Atlantiques). Villa avec jardinnet dans une résidence fermée au cœur d'un environnement boisé. A 250 m de la plage.
- Valras-Plage (Hérault). Villa dans une résidence fermée pouvant accueillir 6 personnes située à 300 m de la plage.
- Luchon (Haute-Garonne). Appartement au cœur de la station thermale. Situé dans une résidence sécurisée.

Pour plus d'informations, vous pouvez :

- Soit nous contacter au **05 62 11 35 00**
- Soit vous connectez sur notre site internet :

www.mutuelle-depeche.fr



Mutuelle GROUPE LA DEPECHE DU MIDI COMPLEMENTAIRE SANTE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 391 322 849, numéro **LEI 969500OTFOZM2T9PMO49**. Siège social : Avenue Jean Baylet - 31095 Toulouse Cedex 9.

Mutuelle GROUPE LA DEPECHE DU MIDI REALISATIONS SOCIALES, mutuelle soumise aux dispositions du livre III du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 443 894 498, numéro **LEI 9695003YBKIOJ0G5516**. Siège social : Avenue Jean Baylet - 31095 Toulouse Cedex 9.

Kalixia, Société par Actions Simplifiée au capital de 5 877 200 €, immatriculée au registre du commerce et des sociétés (RCS) de Paris sous le numéro 509 626 552. Siège social : 122, rue de Javel - 75015 Paris.

L'assistance de la Mutuelle LA DEPECHE est assuré par **Ressources Mutuelles Assistance**, Union Technique d'Assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 444 269 682, Numéro **LEI 969500YZ86NRBOATRB28** Siège social : 46 rue du Moulin – CS 32427 - 44121 Vertou Cedex.