



Guide de l'adhérent 2021



La Mutuelle de la Dépêche du Midi a été créée le 17 février 1902, elle fêtera bientôt ses 120 ans d'Histoire. 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 ... N'attendez plus demandez-le !

Sommaire

- Comment contacter la Mutuelle3
- Votre complémentaire santé4
- Garanties 100% santé.....8
- Vos garanties10
- Détail de vos garanties15
- Vos remboursements16
- Etre soigné.....18
- Etre accompagné.....21
- Fonds d’entraide23
- Les Réalisations Sociales.....24

Comment contacter la Mutuelle

Par téléphone

Un numéro dédié : **05 62 11 35 00**

Ouverture de l'accueil téléphonique du lundi au vendredi de 10h00 à 12h00 et de 14h00 à 16h00.

Par courriel

Une seule adresse : **mutuelle@ladepeche.fr**

Sur internet

- Consulter vos remboursements,
- Modifier vos coordonnées,
- Editer votre carte mutualiste,
- Consulter vos garanties,
- Communiquer un nouveau RIB, un changement d'adresse,
- Envoyer des justificatifs.

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

Pour vous connecter à votre espace personnel :

www.mutuelle-depeche.fr

- Cliquez sur «espace adhérent»

- Puis « vous n'êtes pas inscrit et souhaitez créer votre espace perso ? **Inscrivez-vous**

Et laissez-vous guider.

Adresse postale

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

Pour faciliter vos échanges avec la mutuelle
Pensez à mettre à jour votre compte adhérent
Signalez-nous tous vos changements !!



Votre complémentaire santé



Bénéficiaires

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

Bénéficiaires du régime au titre des actifs

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 :

votre 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, intérimaires, 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 retraités

Le régime est ouvert aux salariés qui partent à la retraite et qui étaient adhérents au régime frais de santé à titre obligatoire, ainsi qu'à leurs ayants droit à charge au sens de la Sécurité Sociale, sous réserve que les intéressés aient fait la demande de leur maintien de couverture dans les six mois suivant la rupture de leur contrat de travail.

Les retraités qui étaient adhérents au régime frais de santé à titre obligatoire lorsqu'ils étaient en activité ainsi que leurs ayants droit à charge au sens de la Sécurité Sociale peuvent, s'ils le souhaitent, bénéficier du maintien de leur régime frais de santé. Le décret n°2017-372 du 21 mars 2017 prévoit un plafonnement des tarifs, échelonné sur 3 ans

Prise d'effet des garanties

Les garanties sont en vigueur :

- à compter de la prise d'effet du contrat pour les salariés présents dans l'entreprise à cette date ;
- à compter de la date d'embauche ou d'entrée dans la catégorie concernée, pour les salariés recrutés ou nommés postérieurement.

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, vous êtes affilié à titre obligatoire au régime frais de santé. Ce régime est également ouvert à titre facultatif aux personnes parties en retraite et 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 (actifs, retraités).

- Remplir selon le cas le bulletin d'adhésion concerné, le dater et le signer.
- Pour les retraités compléter le mandat de prélèvement SEPA.
- Joindre les pièces justificatives suivantes :
 - La photocopie de votre attestation d'immatriculation à la Sécurité Sociale 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) 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 retraités, 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 retraité, 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 médicaux, 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 d'ordre public

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). Elle remplace la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) et l'ACS (Aide à la Complémentaire Santé). Cette dispense est valable jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de ce dispositif d'aide.

2 : Les salariés couverts à titre individuel au moment de la mise en place du régime (ou de leur embauche si elle est postérieure). Cette dispense est valable jusqu'à l'échéance annuelle du contrat individuel.

3 : Les salariés qui sont déjà couverts, même en tant qu'ayant droit, au titre d'un des dispositifs spécifiques suivants : contrat Loi Madelin destiné aux travailleurs indépendants, régime local Alsace-Moselle, mutuelle des agents de l'Etat ou des collectivités territoriales, régime complémentaire des industries électriques et gazières, mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des procédures spécifiques à la fonction publique de référencement ou de labellisation.

4 : Les ayants droit couverts à titre obligatoire, à condition qu'ils bénéficient déjà par ailleurs d'une couverture collective dans le cadre d'un des dispositifs mentionnés au point 3.

5 : Les salariés en CDD ou en contrat de mission dont la durée de couverture collective obligatoire dont ils bénéficient est inférieure à 3 mois.

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.

Garanties 100% santé



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. Les aides auditives seront intégralement prises en charge par votre contrat de complémentaire santé responsable. Ou vous pouvez 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 a été 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 1 750,00 €.

- L'Assurance Maladie prendra en charge 240,00 €
- La mutuelle prendra en charge 860 €
- Votre reste à charge sera de 680 €

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de la précédente (délai par chaque oreille).

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 €

En dentaire

Un entrée progressive qui a débuté le 1^{er} avril 2019 et se poursuivra par étapes jusqu'en 2023. 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.

Est actuellement en expérimentation de prise en charge globale de la prévention : création d'un forfait de prévention couvrant plusieurs séances au cours desquelles le dentiste réaliserait des soins et prodiguerait des conseils et recommandations.

Vos garanties



MUTUELLE GROUPE LA DEPECHE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ		Garanties Frais de Santé 2021 Contrat responsable		Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)	Prise en charge Mutuelle *		Y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
					Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS COURANTS - HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX							
Consultations, visites : généralistes							
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée		70%	30%	300%	400%		
Autres praticiens		70%	30%	100%	200%		
Consultations, visites : spécialistes							
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée		70%	30%	300%	400%		
Autres praticiens		70%	30%	100%	200%		
Actes de sages-femmes		70%	30%	-	100%		
Auxiliaires médicaux : infirmier (e)s, kinésithérapeutes ...		60%	40%	-	100%		
Ambulances, véhicules sanitaires légers ...		65%	35%	-	100%		
SOINS COURANTS - MEDICAMENTS							
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 (1)(2)		-	-	250 € / AN	250 € / AN		
SMR : Service Médical Rendu (1) Médicaments référencés sur le site http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr (2) Remboursement sur présentation de la facture acquittée 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 et du décompte de la sécurité sociale. (5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée.							
SOINS COURANTS - MATERIEL MEDICAL							
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le RO		60%	40%	-	100%		
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux		-	-	150 € / AN	150 € / AN		
Gros matériel orthopédique et grand appareillage acceptés par le RO		60%	40%	-	100%		
+ Forfait gros matériel orthopédie et grand appareillage		-	-	150 € / AN	150 € / AN		
Prothèses mammaires (4)		60%	40%	-	100%		
+ Forfait prothèse mammaire		-	-	150 € / AN	150 € / AN		
Prothèses capillaires (4)		60%	40%	-	100%		
+ Forfait prothèse capillaire		-	-	150 € / AN	150 € / AN		
(4) Remboursement sur présentation de la facture acquittée et du décompte de la sécurité sociale.							
AIDES AUDITIVES							
Equipement 100 % Santé (6) (7)					100 % Santé		
Equipement à tarif libre (6) (7)		60%	40%	-	100%		
+ Forfait supplémentaire (hors piles et accessoires) (6) (7)		-	-	700 € / Appareil	700 € / Appareil		
Piles et accessoires		60%	40%	-	100%		
+ Forfait supplémentaire pour piles et accessoires (5)				70 € / AN	70 € / AN		
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée. (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 ...		65% ou 100%	35% ou 0%	-	100%		
Forfait journalier hospitalier		-	-	Frais réel	Frais réel		
Chambre particulière avec nuitées (8) (9)		-	-	60 € / Nuit	60 € / Nuit		
Chambre particulière en ambulatoire (8) (10)		-	-	20 € / Jour	20 € / Jour		
Frais accompagnant (11)		-	-	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) Chambre particulière : prise en charge limitée à 45 nuitées par année civile et par bénéficiaire. (10) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. (11) Hospitalisation enfant de -16 ans : frais pris en charge dans la limite de 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Hospitalisation uniquement en chirurgie adulte + 16 ans : frais pris en charge dans la limite de 6 jours par année civile et par bénéficiaire. Remboursement sur présentation de la facture acquittée et du bulletin d'hospitalisation.							

MATERNITE				
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) (9)	-	-	60 € / Nuit	60 € / Nuit
Indemnité de naissance (13)	-	-	250 €	250 €
(8) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (9) Chambre particulière : prise en charge limitée à 45 nuitées par année civile et par bénéficiaire. (13) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date. Sur présentation de la copie du bulletin de naissance ou d'adoption et ou du livret de famille.				
OPTIQUE				
Equipement 100 % Santé (14) (15) (16)				
Monture				100 % Santé
Par verre hors réseau ou dans le réseau				100 % Santé
Equipement à tarif libre hors réseau ou dans le réseau (14) (15) (16) (17)				
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 antiptosis, 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
Traitement chirurgical par technique laser non remboursé par le RO (5)	-	-	400 € / Ceil / AN	400 € / Ceil / AN
Pose implant intraoculaire non remboursé par le RO (5)	-	-	200 € / Ceil / AN	200 € / Ceil / AN
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée. (14) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (15) 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. (16) 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). (17) - 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.				
DENTAIRE				
Soins	70%	30%		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)	70%	30%	300%	400%
Prothèses Fixes Non Visibles (Molaires)	70%	30%	250%	350%
Inlay-Core	70%	30%	100%	200%
Prothèse transitoire	70%	30%	200%	300%
Inlay onlay	70%	30%	200%	300%
Prothèse amovibles	70%	30%	250%	350%
Soins et prothèses dentaires à tarifs libres				
Prothèses Fixes Visibles (Incisive, Canine et Prémolaire)	70%	30%	300%	400%
Prothèses Fixes Non Visibles (Molaires)	70%	30%	250%	350%
Inlay-Core	70%	30%	100%	200%
Prothèse transitoire	70%	30%	200%	300%
Inlay onlay	70%	30%	200%	300%
Prothèse amovibles	70%	30%	250%	350%
Actes et prothèses dentaires HN ou NR (5) (20)	-	-	75 € / Actes	75 € / Actes
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	30% ou 0%	200%	300%
Orthodontie refusée par le régime obligatoire (5)	-	-	300 € / AN	300 € / AN
Parodontologie (5)	-	-	250 € / AN	250 € / AN
Implantologie (5) (21)	-	-	400 € / Implant	400 € / Implant
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée. (20) Prise en charge limitée à 4 actes ou prothèses dentaires HN (Hors Nomenclature) ou NR (Non Remboursable) par année civile et par bénéficiaire. (21) Prise en charge limitée à 3 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 (12)	-	-	150 € / AN	150 € / AN
(12) Pour les frais de transport : formulaire à récupérer à la mutuelle sous simple demande				
MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, acupuncture, "méthodes Mézières", diététique, homéopathie, pédicure, podologue, chiropractie, étioopathie, nutritionniste, naturopathie, neuropsychologie, micro-kinésithérapie, psychologie clinique. (5) (18) (19)	-	-	40 € / Séance	40 € / Séance
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée. (18) Prise en charge limitée à 5 séances par année civile et par bénéficiaire. (19) 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.				
PREVENTION				
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 (22)	-	-	50 € / AN	50 € / AN
Vaccin anti-grippal (5)	-	-	Frais réel	Frais réel
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée. (22) Prise en charge des substitutifs nicotiques sur prescription médicale après intervention du régime obligatoire.				
GARANTIE SUPPLEMENTAIRE				
Participation aux frais d'obsèques (23)	-	-	250 €	250 €
(23) 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 et l'attestation de porte fort.				
MUTUELLE DEPECHE ASSISTANCE - 0969 321 169 (appel non surtaxé)				
Prestations en cas d'immobilisation imprévue au domicile	Acheminement des médicaments ou accompagnement aux courses.			
Prestations dès une hospitalisation en ambulatoire ou en cas de maternité	Aide à domicile. Prestations de Bien-être et de soutien. Garde des enfants ou petits enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite d'âge). Garde des personnes dépendantes. Garde des animaux familiers. Dispositif de téléassistance. Présence d'un proche au chevet.			
Prestations en cas de traitement anticancéreux de chimiothérapie ou radiothérapie du bénéficiaire	Aide à domicile pendant toute la durée du traitement. A concurrence de 2 fois 2 heures dans les 15 jours qui suivent la séance.			
Prestations en cas de maladie ou blessure d'un enfant bénéficiaire	Garde d'enfants malades ou blessés à domicile de moins de 16 ans. Ecole à domicile.			
Prestations en cas d'hospitalisation imprévue, suite à une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement à plus de 50 km du domicile en France ou dans les DROM.	Conseil médical en cas de maladie ou d'accident ou de blessure. Transfert médical. Retour des accompagnants.			
Prestations en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 5 jours lors d'un déplacement à plus de 50 km du domicile en France ou dans les DROM	Déplacement et hébergement d'un proche.			
Prestations complémentaires en soutien à la maternité et parentalité	Accompagnement spécifique à la parentalité. Mise à disposition d'un intervenant qualifié en cas de maternité. En cas de grossesse pathologique (aide à domicile, garde enfants). En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 4 jours ou immobilisation imprévue de plus de 5 jours de la garde d'enfants habituelle et salariée.			
Prestations d'assistance complémentaires et spécifiques aux personnes handicapés	Information et orientation à caractère social. Transfert et garde des animaux (chien guide ou chien d'assistance). Prestations en cas de maternité du bénéficiaire handicapé. Prestations en cas d'accident ou maladie soudaine de l'aidant du bénéficiaire handicapé. Aide aux déplacements.			
Prestations complémentaires et spécifiques aux aidants	Bilan psycho-social de la situation. Assistance préventive pour l'aidant. Assistance en cas de situation de crise.			
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 0969 321 169				
La téléconsultation médicale : MesDocteurs, consultez un médecin, en direct 24h/24 et 7/7				
Depuis votre smartphone, votre tablette ou votre ordinateur, la téléconsultation vous permet de consulter à distance un médecin, sans RV en 24/7. Les médecins sont inscrits à l'ordre des médecins et les échanges sont parfaitement confidentiels et sécurisés.				
Ce service de téléconsultation MesDocteurs est pris en charge sans avance de frais ni reste à charge par la mutuelle et accessible depuis votre espace adhérents.				

* CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008), déduction des franchises médicales (Décret n°2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

Mieux comprendre ses garanties - Lexique

Garanties exprimées en pourcentage. Pour les remboursements exprimés en pourcentage, le remboursement ne se calcule pas selon le prix pratiqué par le professionnel de santé, mais selon une base donnée par la Sécurité Sociale : la base de remboursement (BR). Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-dessus de garanties correspondent au remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle. Ainsi, un remboursement à 100% signifie que le remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle sera égal à la base de remboursement. Si votre praticien procède à des dépassements d'honoraires, ceux-ci ne seront pas forcément remboursés et resteront à votre charge. Un remboursement à 200% signifie que le remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle sera égal à 2 fois la base de remboursement.

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée. L'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), est un contrat signé entre l'Assurance maladie et des médecins conventionnés exerçant (ou ayant la possibilité d'exercer) en secteur 2. Pour savoir si son médecin est signataire de ce dispositif, il y a 2 possibilités : Poser directement la question à son praticien OU consulter l'annuaire santé de l'Assurance maladie (<http://annuaire.sante.ameli.fr/>). Pour chaque praticien conventionné secteur 2, le site indique s'il est signataire ou non.

Parcours de soin. Désigne le parcours de soins coordonnés défini par la loi, obligeant les assurés sociaux à consulter leur médecin traitant avant tout autre médecin sous peine de majoration du ticket modérateur par le Régime obligatoire et de non remboursement des éventuels dépassements d'honoraires par la mutuelle.

Frais réels. C'est le montant total engagé par un assuré pour ses frais de santé. Une partie est prise en charge par la Sécurité Sociale, l'autre part est remboursée par la mutuelle selon les garanties souscrites. Une dernière partie reste éventuellement à la charge de l'assuré, c'est le « reste à charge ». Dans tous les cas, les remboursements de la Sécurité sociale et de la mutuelle ne peuvent être supérieurs aux dépenses engagées.

Ticket modérateur. Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré, une fois que l'Assurance maladie a remboursé sa part.

Reste à charge. Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré, une fois que l'Assurance maladie et la complémentaire ont remboursé leur part.

Dépassement d'honoraires. Surcoût correspondant à la différence entre les tarifs pratiqués par certains professionnels de santé et les tarifs conventionnels fixés par l'Assurance maladie.

Participation forfaitaire. Contribution financière d'un montant de 1 € qui s'applique, pour tout assuré, à chaque consultation ou acte médical. Le montant cumulé est plafonné à 50 € par an.

Tiers payant. Sur présentation de sa carte de tiers payant, l'assuré peut bénéficier d'une dispense d'avance de tout ou partie de ses frais de santé. Le professionnel de santé ou l'établissement de soins est directement remboursé par la mutuelle.

QU'EST-CE QUE LE "100 % SANTÉ" ? Le dispositif dit "100 % Santé" a pour objectif de proposer un ensemble de prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, remboursées intégralement par le Régime obligatoire et les organismes de complémentaire santé proposant une offre répondant au cahier des charges du contrat responsable. Ce panier de prestations est fixé par la réglementation et a été défini par les professionnels de santé concernés (l'État, l'Assurance Maladie, les complémentaires santé et les fabricants des dispositifs) pour proposer un large choix de produits de qualité et répondre aux attentes des assurés. Les assurés sont libres de choisir entre les prestations proposées par l'offre 100 % Santé et les autres prestations. Pour les prestations appartenant à l'offre 100 % Santé, la dépense de l'assuré lui sera intégralement remboursée. Grâce à son contrat, il n'aura donc aucun reste à charge. Le contenu de l'offre 100 % Santé est présenté dans nos garanties de manière non exhaustive. Les prestations en dehors de l'offre 100 % Santé restent prises en charge au titre du contrat et conformément au tableau des garanties.

Exemples de remboursements

Exemple d'une consultation chez l'ophtalmologue, conventionné secteur 1, et ne pratiquant donc pas de dépassement d'honoraires. Le tarif est de 28 €.

La sécurité sociale prendra en compte 70% de cette base, soit 19,60 € (auquel il faudra retirer 1€ au titre de la participation forfaitaire).

La mutuelle prendra en compte les 30% qui restent, à savoir 8,40 €.

Le reste à charge pour l'adhérent sera de 0

Exemple d'une consultation facturée 56 €, chez un ophtalmologue du secteur 2, et signataire de l'OPTAM, et pratiquant le dépassement d'honoraires.

La sécurité sociale prendra en compte 70% du tarif de base (28€), soit 19,60 € (auquel il faudra retirer 1€ au titre de la participation forfaitaire).

La mutuelle prendra en compte le ticket modérateur soit 30% qui restent, à savoir 8,40 € + le dépassement d'honoraire de 28 €.

Le reste à charge pour l'adhérent sera de 0.

Exemple d'une consultation facturée 75 € chez un ophtalmologue du secteur 2 et non signataire de l'OPTAM, et pratiquant le dépassement d'honoraires.

Le remboursement de la sécurité sociale restera toujours le même (19,60 €) auquel il faudra retirer 1€ au titre de la participation forfaitaire.

La sécurité sociale sera limitée à 130% du tarif de base, à savoir 36,40 €.

Le reste à charge pour l'adhérent sera de 19 €.

Pour les soins dentaires. Le niveau de remboursement dépend de la prestation, du matériau utilisé et du niveau de garantie choisi. Demandez préalablement un devis à votre dentiste et communiquez-le à la mutuelle pour connaître à l'avance le montant de votre remboursement. Vous pouvez choisir le parcours de soins 100% Santé qui vise à garantir un accès à une offre sans reste à charge pour certains actes listés réglementairement. Ces actes doivent cependant répondre à une combinaison de critères pour figurer dans l'offre du panier « Reste à Charge Zéro » : type de prothèse, matériau, et localisation de la dent. Tous les soins et prothèses ne sont donc pas entièrement remboursés.

Pour les soins 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 dont le remboursement dépend du niveau de garantie avec la mutuelle. 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 les frais Audio. 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. Les aides auditives seront intégralement prises en charge par votre contrat de complémentaire santé responsable. Ou vous pouvez 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 (prix limite de vente par oreille : 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 (prix moyen pratiqué par oreille : 1 580,00 €)

- L'Assurance Maladie prendra en charge 240,00 €

- La mutuelle prendra en charge 860 €

- Votre reste à charge sera de 480 €

Détail de 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.

Vos remboursements



Le tiers payant

Après enregistrement de votre bulletin d'adhésion, vous recevrez directement à votre domicile votre carte mutualiste.

Votre carte mutualiste **vous permet de bénéficier du tiers payant et de ne plus avancer le paiement** :

- des médicaments prescrits sur ordonnance et remboursés par l'Assurance maladie,
- des dépenses dans les établissements hospitaliers et cliniques conventionnés.

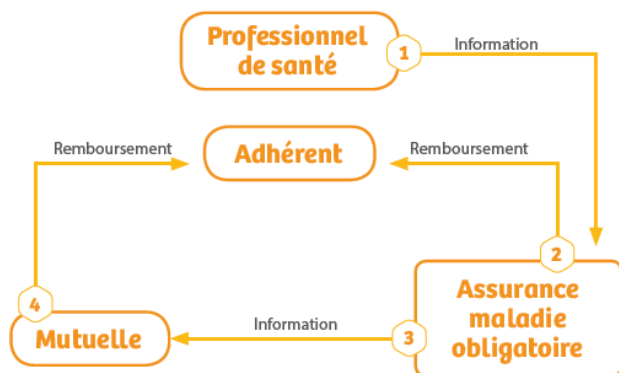
Dans la plupart des départements, le tiers payant est étendu aux radiologues, laboratoires, opticiens, dentistes, infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, transports sanitaires...

Lors des échanges avec votre mutuelle, vous devez communiquer le numéro d'adhérent qui y figure.



Hors tiers payant, les remboursements sont-ils automatiques ?

La gestion des remboursements est effectuée par télétransmission automatique de vos décomptes du régime obligatoire à la Mutuelle Dépêche du Midi (système Noémie).



Les étapes du remboursement par télétransmission

- 1 - Le professionnel de santé transmet les informations concernant les prestations à l'Assurance maladie obligatoire.
- 2 et 3 - Le régime obligatoire effectue son remboursement et transfère automatiquement ces données à la mutuelle.
- 4 - La mutuelle verse les prestations prévues dans la garantie.

Pour certains actes médicaux, y compris ceux traités par télétransmission, des informations complémentaires peuvent être demandées par la mutuelle : photocopie de la feuille de soins et/ou des factures détaillées et acquittées justifiant les frais réels, notamment pour l'optique, le dentaire, les médecins non conventionnés, l'appareillage...

Si vous n'avez pas opté pour la télétransmission automatique de vos décomptes ou si vous n'avez pas transmis votre attestation carte Vitale, il conviendra d'adresser les décomptes papier du régime obligatoire à la Mutuelle Groupe La Dépêche du Midi pour le versement de vos prestations.

Utilisation de la carte Vitale

Les médecins, laboratoires, pharmacies ou auxiliaires médicaux (orthophonistes, pédicures, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes...) sont de plus en plus nombreux à télétransmettre les feuilles de soins à l'Assurance maladie par l'intermédiaire de la carte Vitale.

Remboursements accélérés

Hors tiers payant, nos remboursements sont automatisés avec le régime obligatoire (CPAM, la plupart des RSI et MSA, MFP, ...). Pour vous, **c'est simple, économique et rapide** : vous n'avez pas à envoyer le décompte du régime obligatoire à la mutuelle.

La carte Vitale n'est pas un moyen de paiement, vous devrez régler la totalité de la consultation, ou des soins, au médecin ou à l'auxiliaire médical.

Les dépenses en optique et dentaire

Pour les soins importants (acquisition de lunettes et lentilles, réalisation de prothèses dentaires...), faites établir un devis par le professionnel de santé.

Transmettez-le ensuite à la Mutuelle Groupe La Dépêche du Midi, qui vous indiquera en retour le montant remboursé et les frais qui resteront éventuellement à votre charge.

Les avantages

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.

Remboursement des frais antérieurs à l'adhésion

Les frais de santé concernant les soins antérieurs à votre adhésion au régime seront à adresser à votre ancien organisme complémentaire.

Etre soigné



Des soins de qualité à un coût modéré

Le réseau Kalixia favorise l'accès à des prestations et services de qualité, proposés à des tarifs négociés pour limiter le reste à charge, tout en garantissant le libre choix de l'adhérent.



Kalixia Optique

Vos avantages auprès de 6 648 centres d'optique partenaires :

- **Jusqu'à 40 %** de réduction sur le prix des verres.
- **20 % de réduction** minimum sur le prix des montures (hormis certaines montures griffées).
- **Jusqu'à 30 % de réduction** sur le prix des lentilles.
- **Un très large choix de lunettes**, parmi les plus grandes marques du marché.



Kalixia Audio

Vos avantages auprès de plus de 4 118 centres audio partenaires :

- **Au moins 15 % de réduction** pour votre appareillage complet, prêt à l'emploi, quel que soit l'équipement choisi.
- **L'offre exclusive "Prim'Audio®"** pour un appareillage de qualité à 700 € maximum par prothèse.
- **Une "garantie panne"** étendue à 4 ans au lieu de 2 ans.
- **Un accompagnement personnalisé** pendant toute la durée de vie de votre équipement.



Kalixia Dentaire

Vos avantages auprès de 4 030 chirurgiens-dentistes et orthodontistes partenaires :

- **Un accès amélioré** pour de nombreux soins dentaires : prothèses, orthodontie, implantologie, parodontologie
- **Une prévention bucco-dentaire renforcée**
- **Des honoraires plafonnés** sur plus de 500 actes référencés
- **Une garantie de 10 ans** pour les couronnes (selon les conditions de la charte qualité)



Kalixia Ostéo

Votre mutuelle santé ouvre désormais son réseau à l'ostéopathie, à travers Kalixia Ostéo.

Vous bénéficiez :

- **d'un rapport qualité/prix optimisé** chez les ostéopathes partenaires.

Les ostéopathes partenaires s'engagent à respecter une charte qualité et un niveau d'honoraires plafonné.

Le réseau de soins

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.

Le réseau de soins de la Mutualité Française

Premier réseau sanitaire et social à but non lucratif.

Les mutuelles gèrent 2 800 services de soins et d'accompagnement.

- Les activités biens médicaux
 - 750 magasins d'optique
 - 420 centres d'audition
 - 46 pharmacies
- Les activités Sanitaires et Ambulatoires
 - 79 établissements d'hospitalisation
 - 59 centres médicaux et polyvalents
 - 464 centres dentaires
 - 28 centres infirmiers
- Les activités Sociales et Médico-sociales
 - 608 établissements et services médicaux-sociaux (EHPAD, services de soins à domicile ...)
 - 240 établissements et services pour la petite enfance
 - 93 initiatives sociales (logements pour jeunes, habitats inclusifs pour personnes en situation de handicap et personnes âgées autonomes, hôtels hospitaliers ...)

Conventionnement hospitalier



Ce système ne fait pas partie de Kalixia mais fonctionne selon **un principe équivalent d'amélioration et de fiabilisation des prestations** grâce à des tarifs encadrés et une charte qualité.

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. L'accès à ces réseaux est gratuit et n'engendre aucun surcoût. Par ailleurs, la non-fréquentation des réseaux n'est pas pénalisée.**

Facilitez-vous la vie grâce à la téléconsultation

- Accès direct à un médecin à tout moment, 7/7 et 24h/24
- 100 % confidentiel et sécurisé
- Tchat, visio ou audio : c'est vous qui choisissez !
- Pris en charge dans votre garantie santé

Le service de téléconsultation « MesDocteurs » permet de mettre en relation un professionnel de santé et un patient dans le cadre d'une consultation réalisée à distance et allant jusqu'à l'émission d'une ordonnance (hors arrêt de travail, médicament à prescription restreinte, dispense sportive) si le médecin l'estime nécessaire (certaines prescriptions définies dans les conditions générales du service sont exclues).

Le service de téléconsultation « MesDocteurs » n'a pas pour objet de remplacer les consultations avec le médecin traitant et ne correspond pas à un service d'urgence. En cas d'urgence, contactez le 15 ou le 112 (numéro d'urgence européen).

Pour accéder au service :

Depuis la page d'accueil, accédez au menu « Services en ligne » et cliquez sur le bouton « Ma téléconsultation »

1. J'accède à la téléconsultation
2. Je choisis le mode d'échange : audio, visio ou chat
3. Je sélectionne ma thématique : pédiatrie, gynécologie, dermatologie, ...
4. Je dialogue avec un médecin en toute confidentialité,
5. Je télécharge mon ordonnance si des médicaments ou analyses sont prescrits
6. Je retrouve le compte-rendu du médecin dans mon dossier



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...)

Vous pouvez télécharger sur notre site internet la notice d'information

www.mutuelle-depeche.fr

Mutuelle groupe Dépêche Assistance un numéro unique :



Une assistance santé :

En cas d'hospitalisation prévue ou imprévue en ambulatoire, de plus de 24 heures ou en cas de maternité :

- Aide à domicile ou prestations de Bien-être et de soutien (portage de repas, entretien du linge, coiffure ou pédicure à domicile ...)
- Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans,
- Garde des personnes dépendantes,
- Garde des animaux familiers,
- Dispositif de téléassistance,
- Présence d'un proche au chevet,

En cas de traitement anticancéreux, de chimiothérapie ou radiothérapie du bénéficiaire une aide est apportée pendant toute la durée du traitement.

En cas de maladie ou blessure d'un enfant bénéficiaire :

- Garde d'enfants malades ou blessés à domicile de moins de 16 ans,
- Ecole à domicile.

Prestations complémentaires en soutien à la maternité et parentalité :

- Accompagnement spécifique à la parentalité,
- Mise à disposition d'un intervenant qualifié en cas de maternité,
- Aide en cas de grossesse pathologique : aide domicile, garde d'enfants de moins de 16 ans.

Prestations complémentaires et spécifiques aux personnes handicapées :

En cas d'hospitalisation ou de maternité, d'accident ou maladie soudaine de l'aidant

- Prestations d'information et d'orientation à caractère social,
- Organisation et prise en charge de la garde du chien guide ou chien d'assistance,
- Aide aux démarches administratives,
- Aide aux déplacements.

Assistances complémentaires et spécifiques aux aidants :

- Aide de soutien psycho-social de la situation,
- Aide préventive de l'aidant : situation d'épuisement, santé et bien-être, soutien pour la vie quotidienne, soutien au maintien de l'activité professionnelle,
- Aide en cas de situation de crise
- Aide psychologique, administrative ou juridique lié à la situation de fin d'aidant.

Service d'informations et de conseil par téléphone :

- Information juridique,
- Soutien psychologique,
- Accompagnement social,
- Appels de convivialité
- Conseils et informations médicales.

Prestation juridique :

- Recours médical et pharmaceutique,
- Consommation médicale et paramédicale.

Pour plus de détails, vous pouvez
télécharger la notice Assistance
sur

www.mutuelle-depeche.fr

Renseignements et contact au

 **N°Cristal 0969 321 169**

APPEL NON SURTAXE

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,
- Etre à jour du paiement de vos cotisations,
- 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 Réalisations Sociales 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.



Résidence Maurice Sarraut – La Dépêche du Midi
Barème des loyers au 01/07/2020

Appartement		Loyer appartement	Loyer garage	Total loyer hors charges
Type III	Avec garage	438 €	35 €	473 €
	Sans garage	438 €		438 €
	Meublé avec garage	526 €	35 €	561 €
	Meublé sans garage	526 €		526 €
Type IV	Avec garage	491 €	35 €	526 €
	Sans garage	491 €		491 €

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

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.

Elle accueille depuis fin 2018 ses premiers locataires.



Villa des Tilleuls Barème au 1 ^{er} juillet 2020		
Villa-appartement		Loyer hors charge locative
Type II	Logement nu	490 €
	Logement meublé	542 €
Type III	Logement nu	572 €

Pour plus de détails, vous pouvez :

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

www.mutuelle-depeche.fr

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



BIDART

Pyrénées-Atlantiques

VILLA avec jardin et résidence

fermée au cœur d'un environnement boisé.

A PROXIMITÉ DE LA PLAGE.

Parking privé, salon de jardin.

RDC : cuisine avec lave-vaisselle, micro-ondes et séjour avec canapé convertible et télé.

Etage : 2 chambres dont une avec mezzanine (2 lits en 140), salle de bain, toilettes séparées.

A proximité : marché, brocante, golf, activités de plage et restaurants...



VALRAS-PLAGE

Hérault

VILLA à 300m de la plage près du Casino, dans résidence fermée avec PISCINE et PARKING PRIVÉ.

Jardin et véranda.

RDC : séjour et coin cuisine avec micro-ondes, lave-linge et lave-vaisselle.

Etage : 2 chambres dont une avec 1 lit en mezzanine (1 lit en 140 et 3 lits en 90). Salle de bain, toilettes.

A proximité de tous commerces.
Plage avec plus de 4 kilomètres de sable fin.



LUCHON *Haute-Garonne*

APPARTEMENT au cœur de la station thermale

Résidence sécurisée. Séjour/cuisine équipée, canapé lit 2 places, 2 chambres, lits en 140. Salle d'eau, toilettes.

Jardinet avec table et chaises.

Activités possibles : Randonnées, thermalisme, ski, piscine, médiathèque, location de vélos, pêche, centre de Loisirs. Patinoire ouverte de décembre à fin mars.



TARIF
LUCHON
2021

FORFAIT ANNUEL = 300€
la semaine

Si cure, prescription médicale
3 semaines consécutives **= 540€** le séjour
soit **180€** la semaine

TARIFS LOCATION SEMAINE

Bidart, Valras-Plage

du 02/01/2021 au 17/04/2021 **230€**
du 17/04/2021 au 03/07/2021 **360€**
du 03/07/2021 au 28/08/2021 **580€**

du 28/08/2021 au 25/09/2021 **360€**
du 25/09/2021 au 01/01/2022 **230€**

OFFRE COURTS SÉJOURS*

Hors vacances scolaires : **2 nuits/3 jours**

ou 3 nuits (4 jours) = 140€

La validation de la location se fait 8 jours avant.

*Sous réserve des conditions sanitaires en vigueur.

98€

Réservation/Consultation : 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. Siège social : Avenue Jean Baylet - 31095 Toulouse Cedex 9.

Kalixia, Société par Actions Simplifiée au capital de 5 000 000 €, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 509 626 552. Siège social : 122, rue 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 - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex.