

LPA

LA PRÉVOYANCE
DES AVOCATS **SANTÉ**

SCB

SOCIÉTÉ DE COURTAGE
DES BARREAUX



Notice d'information

LPA Santé :

**Une couverture
complémentaire santé
adaptée à l'avocat
et à sa famille**



LA COMPLÉMENTAIRE LPA SANTÉ

**POUR UN MEILLEUR REMBOURSEMENT
DE VOS FRAIS DE SANTÉ**



LPA propose

- 5 choix de garanties Santé
- Possibilité de déduire les cotisations Santé (Loi Madelin)
- Une offre spécifique adaptée aux jeunes Avocats
- Quatre formules avec des niveaux de garanties progressifs

	Remboursement Total (dont RO)				
	LPA JEUNES	LPA 1	LPA 2	LPA 3	LPA 4
SOINS COURANTS					
Médecins conventionnés ou non : Généralistes - DPTAM	Conventionnés : 100 % BR Non conventionnés : 100 % TA	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR
Médecins conventionnés ou non : Généralistes - NON DPTAM	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Médecins conventionnés ou non : Spécialistes et actes techniques, y compris la radiologie - DPTAM	100 % BR	150 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR
Médecins conventionnés ou non : Spécialistes et actes techniques, y compris la radiologie - NON DPTAM	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
TÉLÉCONSULTATION : Consultation de médecine par téléphone, 24h/24, 7j/7, partout dans le monde depuis la France et l'étranger 01 55 92 12 13					
HONORAIRES PARAMÉDICAUX					
Honoraires auxiliaires médicaux (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, etc.)	100 % BR	150 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE					
Frais d'analyse et de laboratoire	100 % BR	150 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR
MÉDICAMENTS					
Médicaments à service médical rendu faible	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu modéré	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu majeur	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins refusés par la Sécurité Sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
MATÉRIEL MÉDICAL					
Appareillages et accessoires médicaux remboursés par le RO	100 % BR	200 % BR	400 % BR	500 % BR	500 % BR
AIDES AUDITIVES					
ÉQUIPEMENTS AUDITIFS - JUSQU'AU 31/12/2020					
Prothèses auditives - jusqu'au 31/12/2020 - pour les deux oreilles	Néant	780 €	940 €	1 095 €	1 252 €
ÉQUIPEMENTS AUDITIFS 100 % SANTÉ TOUS LES 4 ANS - À COMPTER DU 01/01/2021					
Aides auditives entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé (classe I à prise en charge renforcée)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
ÉQUIPEMENTS AUDITIFS 100 % SANTÉ TOUS LES 4 ANS - À COMPTER DU 01/01/2021					
Aides auditives hors paniers de soins 100 % santé (classe II à prix libres) dans la limite du contrat responsable - pour les deux oreilles	Néant	780 €	940 €	1 095 €	1 252 €
HOSPITALISATION					
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER					
Forfait journalier hospitalier illimité et participation forfaitaire de 18 €	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
AUTRES PRESTATIONS					
Frais de séjour secteur conventionné	100 % BR	100 % des Frais Réels limité à 400 % BR			
Frais de séjour secteur non conventionné	90 % des Frais Réels avec un maximum de 400 % BR				
Chambre particulière (y compris maternité) / par jour	Néant	60 €	60 €	90 €	90 €
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	Néant	30 €	30 €	30 €	30 €
HONORAIRES SECTEUR CONVENTIONNE					
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (DPTAM)	100 % BR	150 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (NON DPTAM)	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
HONORAIRES SECTEUR NON CONVENTIONNE					
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (DPTAM)	100 % BR	150 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (NON DPTAM)	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR

	Remboursement Total (dont RO)					
	LPA JEUNES	LPA 1	LPA 2	LPA 3	LPA 4	
MATERNITÉ						
Forfait maternité	Néant	150 €	300 €	400 €	400 €	
CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RO						
HONORAIRES MÉDICAUX						
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires) remboursés par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
AUTRES PRESTATIONS CURE PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE						
Forfait hébergement et transport	Néant	150 €	300 €	400 €		
TRANSPORT MÉDICAL						
Transport médical remboursé par le RO	100 % BR	200 % BR	400 % BR	500 % BR	500 % BR	
OPTIQUE						
ÉQUIPEMENT OPTIQUE - 100 % SANTÉ (MONTURE + VERRES) - À COMPTER DU 01/01/2020						
1 ÉQUIPEMENT TOUTS LES DEUX ANS PAR BÉNÉFICIAIRE SAUF CAS PRÉVU PAR LE DÉCRET						
Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	
Une monture de classe B Adulte (associée à deux verres de classe A)	50 €	100 €	100 €	100 €	100 €	
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	
Prestation d'appariage	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	
ÉQUIPEMENT OPTIQUE - PANIER LIBRE (MONTURE + VERRES) - À COMPTER DU 01/01/2020						
1 ÉQUIPEMENT TOUTS LES DEUX ANS PAR BÉNÉFICIAIRE SAUF CAS PRÉVU PAR LE DÉCRET						
Une monture de classe B	50 €	100 €	100 €	100 €	100 €	
Un verre simple	50 €	75 €	125 €	160 €	160 €	
Un verre complexe	100 €	150 €	250 €	300 €	300 €	
Un verre très complexe	100 €	150 €	250 €	300 €	300 €	
AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES, PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE						
Lentilles prescrites remboursées ou non par le RO (forfait annuel par bénéficiaire)	Néant	150 €	200 €	250 €	300 €	
Chirurgie réfractive de l'œil par laser (forfait annuel par bénéficiaire)	Néant	200 €	400 €	500 €	600 €	
DENTAIRE						
SOINS ET PROTHÈSES 100 % SANTÉ - À COMPTER DU 01/01/2020						
Soins et actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	
SOINS DENTAIRES HORS 100 % SANTÉ						
Soins dentaires y compris Inlay-onlay remboursés par le RO hors cadre du panier de soins 100 % santé	100 % BR	100 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	
PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES MODÉRÉS - À COMPTER DU 01/01/2020						
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100 % santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés	125 % BR	250 % BR	400 % BR	500 % BR	500 % BR	
PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES LIBRES - À COMPTER DU 01/01/2020						
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100 % santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres	125 % BR	250 % BR	400 % BR	500 % BR	500 % BR	
AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE						
Orthodontie remboursée par le RO	100 % BR	250 % BR	400 % BR	500 % BR	600 % BR	
Orthodontie non remboursée par le RO (- 30 ans)	100 % BR	250 % BR	400 % BR	500 % BR	600 % BR	
Implantologie (max 3 par an et par bénéficiaire)	Néant	300 €	500 €	600 €	800 €	
Parodontologie, scellement des sillons (par an et par bénéficiaire)	Néant	200 €	200 €	200 €	200 €	
Plafond par an et par bénéficiaire	1 ^{re} année	Sans objet	1 000 €	1 500 €	1 500 €	2 000 €
	2 ^e année		1 500 €	2 000 €	2 000 €	3 000 €
	3 ^e année		2 000 €	3 000 €	3 000 €	4 000 €
Les forfaits sont divisés par 2 durant la 1^{re} et 2^e année d'adhésion pour les Prothèses dentaires, l'Orthodontie et l'Implantologie.						
BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION						
FORFAIT PRÉVENTION, PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE						
Ostéopathe, étiope, chiropracteur, diététicien, pédicure, podologue, psychologue.	Néant	30 €	40 €	50 €	70 €	
Nombre de séances maximum par an et par bénéficiaire	-	3	5	5	5	
En inclusion : Assistance, tiers payant généralisé, liaison NOÉMIE, consultation des remboursements sur Internet						

Tous les forfaits et limites s'entendent par année civile et par bénéficiaire, sauf mention spécifique pour l'optique et l'aide auditive.

LEXIQUE : RO : Régime Obligatoire - BR : Base de Remboursement Régime Obligatoire - BRR : Base de Remboursement reconstitué - Rbt intégral : Remboursement intégral - TA : Tarif d'autorité - TM : Ticket modérateur - PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale (valeur fixée chaque année par décret publié au Journal Officiel) - DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM - CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés - CAS : Contrat d'Accès aux Soins - OPTAM / OPTAM - CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale (chirurgien, ophtalmologue, oto-rhino-laryngologue, stomatologue et chirurgien oral) ou une spécialité de gynécologie obstétrique.

Contrat responsable : Les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables. La mutuelle ne vous rembourse pas les franchises médicales et la participation forfaitaire de 1€ sur les consultations. Hors parcours de soins, le désengagement de régime obligatoire et les pénalités pratiquées sous forme de dépassements d'honoraires autorisés ne sont pas pris en charge par la mutuelle. Le ticket modérateur défini forfaitairement pour les actes supérieurs à 120 € est pris en charge par la mutuelle. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité Sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel la MCCI intervient en complément.

TARIFS TTC MENSUELS APPLICABLES AU 01/01/2020

TRANCHES D'ÂGE	LPA JEUNES*		LPA 1		LPA 2		LPA 3		LPA 4	
	Province	Paris	Province	Paris	Province	Paris	Province	Paris	Province	Paris
-22 (Enfants) ≤	/	/	22,05	23,75	29,59	31,08	32,05	33,64	34,93	36,67
LPA Jeunes*/ ou 30	24,00	25,00	29,34	30,65	39,79	41,78	43,89	46,09	47,62	50,00
31/35	33,97	35,55	36,97	37,93	52,32	54,94	58,01	60,92	62,81	65,95
36/40	43,81	45,87	47,69	50,08	61,33	64,40	68,05	71,43	73,77	77,45
41/45	47,89	50,12	52,13	54,74	67,99	71,38	78,51	82,42	85,31	89,58
46/50	55,06	57,65	59,94	62,93	79,44	83,41	88,94	93,38	96,98	101,83
51/55	61,77	64,66	67,23	70,59	89,49	93,95	99,01	103,96	108,33	113,75
56/60	67,99	71,17	74,01	77,70	98,47	103,40	108,40	113,82	119,01	124,95
61/65	78,77	82,45	85,73	90,01	106,62	111,94	116,93	122,77	128,67	135,09
66 et +	86,87	90,93	94,54	99,26	116,55	122,36	116,93	122,77	140,05	147,03

* Option réservée exclusivement à la souscription par les avocat(e)s âgé(e)s de moins de 30 ans.

Exemples de remboursements*

(calculés sur des prix estimés et non engagés, bases de remboursement en vigueur lors de l'impression du présent document)

FORMULE LPA 3	Prix moyen pratiqué ou tarif	Remboursement RO	Remboursement Complémentaire	Reste à charge
SOINS COURANTS				
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (DPTAM) (consultation dans le cadre de l'accès spécifique)	50,00 € €	21,00 €	29,00 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 € €	16,10 €	29,90 €	10,00 €
AIDES AUDITIVES				
Aide auditive de classe II en Tarifs libres	1 476,00 € €	210,00 € €	885,00 € €	381,00 € €
HOSPITALISATION SECTEUR CONVENTIONNÉ				
Forfait journalier hospitalier illimité en court séjour	20,00 € €	0,00 € €	20,00 € €	0,00 € €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM- CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 € €	309,62 € €	45,38 € €	0,00 € €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM- CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 € €	309,62 € €	121,38 € €	0,00 € €
OPTIQUE				
Équipement optique de classe A (monture 30 € verre progressif classe A, sphère] -8,00 à -12,00] et cylindre (+) >4)	370,00 €	66,60 €	303,40 €	0,00 €
Monture de classe B	110,00 €	0,03 €	99,97 €	10,00 €
Verre complexe classe B, pour un verre	200,00 €	0,03 €	199,97 €	0,00 €
DENTAIRE				
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires éligible au Panier RAC Maîtrisé	550,00 €	84,00 €	466,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur molaires en Tarifs libres	650,00 €	75,25 €	462,25 €	112,25 €

* L'ensemble des calculs ne prend pas en compte la participation des franchises



LA SURCOMPLÉMENTAIRE LPA SANTÉ

**POUR UN MEILLEUR REMBOURSEMENT
DE VOS RESTES À CHARGE**





TABLEAU DES GARANTIES

Contrat non responsable

SURCOMPLÉMENTAIRE FORMULE 1	SURCOMPLÉMENTAIRE FORMULE 2
En complément garanties LPA 4	En complément garanties LPA 4

SOINS COURANTS CONVENTIONNÉS^[*]

- Généralistes ⁽¹⁾ signataires OPTAM^(****)
- Généralistes ⁽¹⁾ non signataires OPTAM^(****)
- Spécialistes ⁽¹⁾⁽²⁾, y compris actes techniques et radiologie, signataires OPTAM / OPTAM-CO^(****)
- Spécialistes ⁽¹⁾⁽²⁾, y compris actes techniques et radiologie, non signataires OPTAM / OPTAM-CO^(****)
- Auxiliaires médicaux et analyses

100%	200%
300%	400%
50%	150%
300%	400%
50 %	150 %

BIEN-ÊTRE / MÉDECINES DOUCES

- Ostéopathe, éthiopathe, chiropracteur, diététicien, homéopathe, pédicure, podologue, psychologue
- Limite annuelle et par bénéficiaire

30 €	50 €
1/an/bénéf	1/an/bénéf

PHARMACIE

- Médicaments remboursés par le RO
- Vaccins acceptés ou refusés

-	-
-	-

HOSPITALISATION^[*]^[**]

- Secteur conventionné
- Secteur non conventionné
- Forfait chambre particulière y compris maternité
- Forfait lit d'accompagnement enfant < 16 ans
- Participation forfaitaire
- Forfait journalier

100 %	200 %
100 %	200 %
30 €	50 €
20 €	40 €
-	-
-	-

ART DENTAIRE^[*]

- Soins dentaires - Inlays Onlays
- Prothèses dentaires acceptées Paniers Maîtrisés-libres
- Orthodontie acceptée et refusée avant 30 ans
- Implantologie
- Parodontologie et scellement des sillons
- Plafond de remboursement par an par bénéficiaire
- 1^{re} Année
- 2^e Année
- 3^e Année

100 %	200 %
-	100 %
-	100 %
-	1 000,00 €
-	300 €
1000 €	1000 €
1000 €	1000 €
1000 €	1000 €

OPTIQUE

Verre simple, par verre

Verre complexe, par verre

Monture

Lentilles acceptées ou refusées
(limite annuelle et par bénéficiaire)

Chirurgie des yeux au laser

Limitation du poste optique à un équipement tous les deux ans sauf mineurs
et évolution de la vue de + / - dioptrie

AUTRES PROTHÈSES^(*)

Orthopédie, appareillage

Prothèses auditives

SERVICES^(*)

Forfait maternité

Forfait cures thermales acceptées

Transport

AUTRES PRESTATIONS^(*)

Tiers payant généralisé

Liaison Noémie

Assistance

Réseaux de partenaires Itelis

Téléconsultation

Fonds d'entraide

Consultation des remboursements sur internet

(1) Y compris les médecins non conventionnés, (2) Y compris dans le cadre de l'hospitalisation

* Remboursements en % de la base de remboursement du RSI (BR), dans la limite des frais engagés, y compris les remboursements du régime obligatoire (RO)
et dans le cadre du respect du parcours de soins. Nous ne prenons pas la participation forfaitaire de 1 euro ni les pénalités dans le cadre du non-respect du parcours de soins.

** Hospitalisation psychiatrique limitée à 90 jours hors forfait journalier.

*** Médecins conventionnés ayant adhéré à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO). Ces derniers s'engagent à pratiquer des tarifs modérés.

SURCOMPLÉMENTAIRE FORMULE 1	SURCOMPLÉMENTAIRE FORMULE 2
En complément garanties LPA 4	En complément garanties LPA 4
150 €	150 €
150 €	150 €
150 €	300 €
150 € 1/an/bénéf	150 € 1/an/bénéf
200 €	400 €
oui	oui

-	-
-	-

-	-
-	-
-	-

inclus	inclus
inclus	inclus
inclus	inclus
inclus	inclus
inclus	inclus
inclus	inclus
inclus	inclus

Cotisations mensuelles en euros

TRANCHES D'ÂGE	PROVINCE		PARIS	
	Surcomp 1	Surcomp 2	Surcomp 1	Surcomp 2
-22 (Enfants)	22,14	24,70	23,25	25,93
22/30	26,06	29,07	27,37	30,53
31/35	29,99	33,45	31,49	35,12
36/40	33,18	37,00	34,84	38,86
41/45	36,71	40,94	38,54	42,99
46/50	40,60	45,29	42,64	47,55
51/55	44,85	50,03	47,09	52,53
56/60	49,52	55,23	52,00	57,99
61/65	54,67	60,98	57,41	64,03
66 et +	60,37	67,33	63,38	70,70

Exemples de plafonds de remboursements*

	LPA 1	LPA 2	LPA 3	LPA 4	LPA 4 + SURCO 1	LPA 4 + SURCO 2
Chambre particulière / nuit (Hospitalisation et maternité)	60 €	60 €	90 €	90 €	120 €	140 €
Consultation de spécialiste (Signataire OPTAM - BR 25 €)	37,50 €	62,50 €	87,50 €	112,50 €	125 €	150 €
Consultation de spécialiste (Non signataire OPTAM - OPTAM-CO - BR 23 €)	29,90 €	41,40 €	46 €	46 €	115 €	138 €
Couronne dentaire (SPR 50 - BR 107,50 €)	268,75 €	430 €	537,50 €	537,50 €	537,50 €	645 €
Traitement orthodontique (Enfant base TO 90 - BR 193,50 € - Forfait semestriel)	483,75 €	774 €	967,50 €	1161 €	1161 €	1354,50 €
Paire de lunettes - verres simples	150 €	250 €	420 €	420 €	870 €	870 €
Paire de lunettes - verres complexes (forte dyoptrie)	400 €	600 €	700 €	700 €	1 150 €	1 150 €
Médecine naturelle (Forfait par an)	30 €	40 €	50 €	70 €	100 €	120 €

* Le montant remboursé ne tient pas compte de la participation forfaitaire de 1 euro éventuellement retenue.

**Afin de souscrire un des régimes précédemment détaillés,
il est nécessaire de nous retourner :**

- Le bulletin d'adhésion dûment complété, y compris le tableau de cotisation ;
- La copie de votre pièce d'identité ;
- La copie de votre attestation Carte Vitale, ainsi que celle de vos ayants droit lorsqu'ils ne sont pas rattachés à votre numéro de sécurité sociale ;
- Le paiement par avance d'un mois de cotisation (y compris surcomplémentaire le cas échéant) par chèque à l'ordre de CGRM, quel que soit le fractionnement choisi. Par ailleurs, si vous souhaitez régler vos cotisations par prélèvement automatique, veuillez joindre un RIB et le mandat SEPA complété et signé.
- Si vous désirez percevoir le remboursement des prestations sur un compte bancaire différent, veuillez joindre le RIB correspondant.

Pour toute information complémentaire,
nous sommes à votre disposition

par téléphone : 04 42 26 47 61
ou par mail : lpa@scb-assurances.com

Le présent document constitue la notice d'information prévue par la législation enregistrée sous les numéros de contrats C00291, C00292, C00293, C00294, C00295, P00177 et P00178.

Dans l'hypothèse où les dispositions de la présente notice d'information se trouveraient en contradiction avec les statuts, le règlement intérieur et le contrat mutualiste, seules les dispositions de la présente notice prévalent.

Le présent contrat est souscrit dans le cadre d'une convention signée entre La Prévoyance des Avocats (LPA – 12, place Dauphine 75001 PARIS) et la Mutuelle des Chambres de Commerce et d'Industrie (MCCI – 26 rue Fortuny, 75017 PARIS), Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité enregistrée sous le numéro SIREN 784 718 355.

1. QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ?

Le présent contrat a pour objet de proposer à tous les adhérents de La Prévoyance des Avocats, âgés de moins de 70 ans, des garanties Frais de Santé définies par la présente notice d'information, les statuts, le règlement intérieur et le contrat mutualiste de la MCCI.

Sont dénommés « assuré(s) », l'adhérent et ses bénéficiaires mentionnés sur le certificat d'adhésion.

2. QUI PEUT ADHÉRER ?

- Tout Membre de La Prévoyance des Avocats, assujéti à un régime obligatoire d'assurance maladie, ci-après dénommé l'adhérent,
- Peuvent également bénéficier de la garantie à laquelle adhère l'adhérent: son conjoint, ou à défaut son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, ou son concubin et ses enfants fiscalement à charge, appelés bénéficiaires, affiliés à un régime obligatoire et mentionnés sur le certificat d'adhésion,
- L'adhésion au contrat LPA jeunes est exclusivement réservée à l'avocat lui-même âgé de moins de 30 ans.
- L'adhésion à la surcomplémentaire concerne l'adhérent et ses bénéficiaires. Elle vient en complément de la garantie LPA4.
- Les enfants des adhérents peuvent rester bénéficiaires jusqu'à leur 22^e anniversaire.
- Les enfants des adhérents infirmes ou incurables peuvent rester bénéficiaires sans qu'il soit exigé de limite d'âge.

3. QUELLES SONT LES FORMALITÉS D'ADHÉSION ?

Les membres de La Prévoyance des Avocats souhaitant adhérer au présent contrat doivent compléter, signer et adresser le bulletin d'adhésion à la MCCI ou son délégataire.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, l'adhésion devient nulle.

Les cotisations versées demeurent alors acquises à la MCCI à titre de dommages et intérêts.

4. À QUELLE DATE L'ADHÉSION PREND-ELLE EFFET ?

L'adhésion à la garantie de base ou surcomplémentaire produit ses effets au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception du bulletin d'adhésion par la MCCI ou son délégataire, sous réserve du paiement de la première cotisation. La date d'effet retenue est indiquée sur le certificat d'adhésion.

5. QUELLES SONT LES GARANTIES ET PRESTATIONS ASSURÉES ?

Tous les frais de santé ayant donné lieu à prestations par le régime obligatoire, ainsi que ceux figurant sur le tableau des garanties annexé au certificat correspondant à l'option retenue.

Afin de respecter les limites de garantie des contrats dits responsables le contrat prévoit pour l'ensemble de ses options les dispositions suivantes:

Des prises en charge obligatoires dans le cadre du parcours de soins:

- Les consultations du médecin traitant et du médecin spécialiste doivent être prises en charge au minimum à 30 % de la base de remboursement.
- Les médicaments remboursés à 65 % (vignette blanche) par l'Assurance Maladie doivent être prises en charge au minimum à 30 % de la base de remboursement.
- Les analyses médicales doivent être couvertes au minimum à hauteur de 35 % de la base de remboursement.
- La prise en charge du ticket modérateur pour au moins deux actes de prévention.
- De l'intégralité des dépassements d'honoraires des médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation encadrés dans les conditions prévues à l'article 36 de la convention signée le 26 juillet 2011 en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de l'arrêté pris en application du I de l'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.
- Un équipement optique (1 monture et 2 verres) tous les deux ans pour les adultes, hors changement de vision, dans les limites fixées par le Décret no 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.
- Une prise en charge différenciée des dépassements d'honoraires des médecins, en ville et à l'hôpital, en fonction de leur adhésion à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM).
- Une limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) à 100 % maximum de la BR.
- Un minimum de prise en charge des prothèses dentaires acceptées par la SS à 125 % de la BR.

Des interdictions de prises en charge:

- (1) - La majoration du ticket modérateur (jusqu'à 20 % de la base de remboursement) en cas de non - respect du parcours de soins.
- (2) - Le dépassement d'honoraires autorisé (8 € le plus souvent) en cas de non-respect du parcours de soins.
- (3) - La participation forfaitaire de 1 € au titre des consultations, des actes d'analyses médicales et des examens radiologiques. Ces montants sont plafonnés à 4 € par jour et 50 € par an. En sont exonérées les femmes enceintes de plus de 6 mois, les enfants de moins de 18 ans et les bénéficiaires de la CMU.
- (4) - La franchise de 0,50 € par boîte de médicament et par acte paramédical et de 2 € par transport sanitaire. Ces montants sont plafonnés à 2 € par jour pour les actes paramédicaux et à 4 € par jour pour les transports sanitaires et 50 € par an pour l'ensemble. En sont exonérés les femmes enceintes de plus de 6 mois, les enfants de moins de 18 ans et les bénéficiaires de la CMU.

Prise en charge des actes de prévention suivants :

ACTES DE PRÉVENTION	POPULATION CONCERNÉE	DOMAINE DE PRÉVENTION
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures	Enfants de moins de 14 ans	prévention bucco – dentaire
Détartrage complet sus et sous-gingival	Tous âges	prévention bucco – dentaire
Bilan initial des troubles du langage oral et écrit	Enfants de moins de 14 ans	Santé de l'enfant
Dépistage de l'hépatite B		Dépistage
Troubles de l'audition (5 actes possibles)	Adultes de plus de 50 ans	Dépistage
Ostéodensitométrie remboursable par le RO	Femmes de plus de 50 ans	Dépistage
Diphthérie, tétanos et poliomyélite	Tous âges	Vaccinations
Coqueluche	Enfants de moins de 14 ans	Vaccinations
Hépatite B	Enfants de moins de 14 ans	Vaccinations
BCG	Enfants de moins de 6 ans	Vaccinations
Rubéole	Adolescentes non vaccinées, femmes non immunisées désirant un enfant	Vaccinations
Haemophilus influenzae B		Vaccinations
Infections invasives à pneumocoques	Conditions prévues par le calendrier vaccinal	Vaccinations

Pour les postes :

- **Maternité :** L'accouchement chirurgical est assimilé à une hospitalisation et pris en charge à ce titre.
- **Cure thermale :** Les remboursements sont limités au forfait.
- **Hospitalisation :** les dépassements d'honoraires des spécialistes sont limités à 100 % de la BR pour les médecins n'ayant pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM).
- **Verres simples ; verre simple foyer** dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries et cylindre inférieur ou égal à +4.00 dioptries.
- **Verres complexes :**
 - verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries ou cylindre supérieur à +4.00 dioptries.
 - verre progressif ou multifocal.
 - verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 dioptries.
 - verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries.

Les garanties des deux formules surcomplémentaires ne respectant pas les critères dits responsables, les primes afférentes à ces extensions ne permettent pas leur déductibilité dans le cadre de la loi Madelin.

Les garanties et prestations du présent contrat sont définies en fonction de la législation sociale en vigueur à la date d'émission du certificat d'adhésion. En cas de modification de cette dernière, de nature à remettre en cause les engagements réciproques, les présentes dispositions sont susceptibles d'aménagements.

6. À QUELLE DATE PEUVENT ÊTRE ENGAGÉS LES FRAIS ?

Pour chaque assuré, sont pris en compte les frais engagés entre les dates d'effet et de résiliation de ses garanties. Pour les actes dentaires, les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent également être situées dans la période de garantie. Aucun délai d'attente n'est prévu.

Par ailleurs, il n'y a pas de délai pour les enfants nouveau-nés et pour les enfants adoptés de l'adhérent, sous réserve que l'enfant ait été affilié à la Mutuelle dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption.

Enfin, des Plafonds de remboursement sont intégrés au contrat :

1/ Dentaire :

Les forfaits sont divisés par 2 durant la 1^{re} et 2^e année d'adhésion pour les Prothèses dentaires, l'Orthodontie et l'Implantologie. Plafond de remboursement par an et par bénéficiaire :

	LPA1	LPA2	LPA3	LPA4
1 ^{re} année	1000	1500	1500	2000
2 ^e année	1500	2000	2000	3000
À partir de la 3 ^e année	2000	3000	3000	4000

2/ Optique :

Limitation du poste optique à un équipement tous les deux ans, sauf pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue de +/-0,5 dioptrie. Le délai débute à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

Les forfaits optiques sont divisés par 2 durant la première année d'adhésion pour les formules LPA1, LPA2, LPA3 et LPA4.

7. COMMENT SONT RÉGLÉES LES PRESTATIONS ?

Les prestations sont versées à l'adhérent, y compris celles concernant ses bénéficiaires mentionnés sur le certificat d'adhésion.

Ces prestations interviennent en complément des prestations de même nature qui pourraient être versées à l'assuré tant par le régime obligatoire que par tout autre régime complémentaire, sans que l'assuré puisse percevoir au total un montant supérieur à celui des frais engagés tels qu'ils figurent sur le bordereau ou la feuille de soins du régime obligatoire.

Le règlement des prestations intervient sur présentation des bordereaux originaux du régime obligatoire ou de leur télétransmission et de tout autre régime complémentaire de frais de santé, accompagnés le cas échéant des justificatifs s'y rapportant (note d'honoraires, facture, photocopie de la feuille de soins du régime obligatoire).

Les demandes de prestations doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de soins mentionnée sur le décompte original du régime obligatoire. Toutes actions dérivant des opérations mentionnées au présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L.221 - 11 du code de la Mutualité. Les prestations sont versées en France et en euros.

8. QUEL EST LE MONTANT DES COTISATIONS ?

Le montant initial de la cotisation pour chaque bénéficiaire doit être porté sur le certificat d'adhésion.

Il est déterminé en fonction :

- de l'âge de chaque assuré lors de la date de prise d'effet des garanties, étant entendu que les cotisations du troisième enfant et des suivants sont gratuites.
- de l'option de garantie assurée.
- du régime obligatoire de chaque assuré.

Les cotisations sont revalorisées au premier janvier de chaque année en tenant compte :

- de l'évolution de la Consommation Médicale Totale par Habitant publiée par le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi,
- des changements des conditions de remboursement des régimes obligatoires,
- des résultats techniques du contrat.

Dans ce dernier cas, l'adhérent peut résilier son adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle il a eu connaissance de cette augmentation.

9. QUELS SONT LES SERVICES AUXQUELS ONT ACCÈS LES ADHÉRENTS :

Accès à un service de téléconsultation médicale en composant le 01 55 92 12 13:

L'adhérent a la possibilité de contacter, de France (DOMTOM inclus) ou de l'étranger, un médecin généraliste, 24h sur 24 et 7 jours sur 7.

Il est accueilli sur une plateforme de téléconsultation d'AXA Assistance par une équipe médicale. Ce médecin effectue une véritable consultation par téléphone et peut délivrer une ordonnance. Les consultations sont assurées par des médecins inscrits à l'Ordre des Médecins et protégées par le secret médical.

Accès au réseau de soins Itelis :

Ce service donne accès à plus de 6000 professionnels de santé partout en France dans les domaines suivants :

- Optique
- Dentaire
- Audioprothèse
- Chirurgie réfractive

En passant par ce réseau, l'adhérent a accès à des professionnels compétents, avec des tarifs privilégiés et des services exclusifs, et bénéficie du tiers payant.

Service d'assistance « Allo Santé MCCI » en composant le 01 72 59 51 00 (0,15 €/mn):

Les prestations d'assistance, gérées par Itelis sont les suivantes :

- Services de prévention, d'information et d'écoute psychologique
- Services d'assistance à la vie quotidienne (prestations en cas d'hospitalisation de l'assuré ou de ses enfants)
- Service d'accompagnement au quotidien

Bénéfice du Fonds d'entraide MCCI :

Il a pour objectif d'aider financièrement les assurés qui sont dans une situation précaire pour des dépenses de santé non couvertes ou couvertes partiellement par leur contrat.

10. QUELLES SONT LES LIMITES TERRITORIALES DE LA GARANTIE ?

La garantie du présent contrat s'exerce en France et, les départements et territoires d'Outre-Mer.

Elle s'étend aux accidents et maladies survenus à l'étranger lorsque le régime obligatoire de l'assuré s'applique et que les séjours en dehors du territoire français et les départements et territoires d'Outre-Mer ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes.

11. QUELLES SONT LES MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES COTISATIONS ?

La cotisation est payable d'avance auprès de la MCCI ou son délégué selon le fractionnement choisi, dès réception de l'avis d'échéance. La cotisation est due jusqu'à la date d'effet de la résiliation effective de l'adhésion.

12. QUELLES SONT LES EXCLUSIONS DE GARANTIE ?

- **Les frais de santé correspondant à des actes médicaux ou à des fournitures non prévus par le Régime Obligatoire de la Sécurité sociale, sauf si cette garantie est prévue contractuellement dans la présente notice d'information, ne sont pas garantis.**

Le versement de prestations ne saurait constituer une renonciation à l'une des exclusions ci-dessus.

13. QUELLES SONT LES POSSIBILITÉS DE SUSPENSION DE LA GARANTIE

À défaut de paiement des cotisations dans les 30 jours suivant la notification de la mise en demeure, la MCCI ou son délégué se réserve la possibilité de suspendre les prestations dues aux assurés pour les soins postérieurs à la date d'échéance.

Cette suspension ne libère pas l'adhérent du paiement de ses cotisations qui deviennent alors exigibles jusqu'à la date de renouvellement.

14. COMMENT PEUT-ON CHANGER D'OPTION ?

En respectant un préavis d'un mois et à chaque 1^{er} janvier, l'adhérent peut demander à être garanti dans une autre option. Ce changement doit concerner l'adhérent et ses bénéficiaires.

L'adhérent peut changer de formule de surcomplémentaire uniquement à la hausse, à chaque échéance annuelle (01/01) moyennant un préavis d'un mois. La modification concerne alors l'ensemble des assurés (adhérent + bénéficiaire(s)).

15. QUELLES SONT LES POSSIBILITÉS DE RADIATION ?

Les garanties sont viagères dès la date d'effet de l'adhésion. L'adhésion se renouvelle automatiquement au 1^{er} janvier de chaque année. Toutefois, l'adhérent peut mettre fin à son adhésion chaque année, au 1^{er} janvier, moyennant un préavis de 2 mois. La demande doit être effectuée par courrier recommandé adressé à la MCCI ou son délégataire.

Par ailleurs, l'adhérent peut mettre fin à son adhésion immédiatement en cas de changement de sa situation professionnelle. La demande doit être effectuée par courrier recommandé adressé à LPA au plus tard dans les 3 mois suivant son changement de situation professionnelle.

La garantie surcomplémentaire étant indissociable de la garantie de base LPA4, la résiliation de l'une quelconque de ces garanties (base ou surcomplémentaire) entraîne la résiliation de l'autre.

Les garanties seront résiliées de plein droit en cas de :

- fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré.
- non-paiement des cotisations. Dans ce cas, LPA en informe l'adhérent par courrier recommandé.
- perte de la qualité d'assuré social de l'adhérent ou de l'un des bénéficiaires (dans ce dernier cas, seule la garantie de ce bénéficiaire sera résiliée).

16. QUELLE EST LA PROCÉDURE DE RÉCLAMATION ET DE MÉDIATION ?

Les réclamations de l'adhérent concernant l'application des garanties sont à formuler par écrit, auprès de :

La Prévoyance des Avocats
14, boulevard de Sébastopol
75004 PARIS

En cas de désaccord sur une réponse donnée à une réclamation, vous pouvez demander l'intervention du médiateur de la MCCI, en vous adressant à :

MCCI Médiation
26, rue Fortuny
75017 PARIS

L'autorité chargée du contrôle de la MCCI est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - ACPR située au 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09

17. QUEL EST LE DÉLAI DE RENONCIATION ?

L'adhérent dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour se rétracter à compter de la date de réception des documents contractuels.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à :

SCB
47 bis D, boulevard Carnot – CS 20740
13617 AIX-EN-PROVENCE Cedex 1

L'autorité chargée du contrôle de la SCB, Société de courtage en assurances (N° ORIAS 07 005 717 - www.orias.fr) est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.

