

Mutuelle
Interentreprises
du
Personnel
de la
Sécurité
Sociale
de la
région
Auvergne

téléphone
09 72 16 27 25

mail
contact@
mipss-auvergne.fr

site
[https://
mipss-auvergne.fr](https://mipss-auvergne.fr)



siren
779 209 469

soumise
aux dispositions
du livre 2 du code
de la mutualité

affiliée

Fédérer autrement

V010226

Madame, Monsieur
Futur(e) retraité(e)
du secteur privé
du secteur public

Date :
03/02/26

Référence :
RELADHT/SALARPHORSSECU/2026-02

Objet :
proposition d'adhésion à la MIPSS Auvergne

Madame, Monsieur,

Vous allez prochainement faire valoir vos droits à la retraite : la fin de votre contrat de travail va entraîner l'extinction des obligations et avantages qui lui sont liés, dont l'obligation d'adhésion au contrat de complémentaire santé de votre employeur.

Bien sûr et comme la loi l'y oblige, l'assureur de votre actuelle complémentaire santé obligatoire est tenu de vous proposer un contrat à adhésion **facultative** prévoyant le maintien de vos actuelles garanties ... avec une cotisation bien différente de celle actuellement précomptée sur votre retrouverez .

Mais vous retrouvez la liberté de choix de votre complémentaire santé.

Depuis 1951, la MIPSS Auvergne propose un contrat de complémentaire santé à adhésion individuelle aux salariés et retraités des organismes de Sécurité Sociale. Depuis 2009 (et l'arrivée du contrat collectif obligatoire dans ces organismes), notre mutuelle s'est spécialisée dans les garanties proposées à **tous les retraités**, quelle que soit leur entreprise d'origine.

En adhérant à la MIPSS Auvergne, vous accédez, pour vous-même et pour les membres de votre famille qui le souhaiteraient, à :

- une mutuelle à taille humaine, **implantée à Clermont-Ferrand**,
- une couverture complémentaire santé d'un bon rapport qualité/prix, avec notamment la couverture du « contrat responsable » et du « 100% Santé » en optique, audiologie et dentaire mais aussi une participation au supplément de chambre particulière ou encore aux dépenses d'homéopathie,
- des cotisations qui n'évoluent pas avec l'âge,
- une garantie « indemnité obsèques » de 1 220,00 EUR,
- une garantie « assistance santé et protection juridique santé »,
- un service « deuxième avis médical »,
- la possibilité de **participer aux décisions** et à la conduite de votre mutuelle, en devenant délégué ou administrateur,
- des liens réguliers avec votre mutuelle (lettres d'information, magazine, site internet, newsletters, ...),

En 2026, votre cotisation mensuelle serait de **98,60 EUR TTC** voire de **74,00 EUR** si vous relevez de l'article R160-10 du code de la Sécurité Sociale (invalides). Votre conjoint, concubin ou pacsé serait éligible aux **mêmes** tarifs.

Observez l'absence totale de discrimination par l'âge : nous sommes fiers de continuer à porter cette solidarité, devenue tellement rare aujourd'hui que beaucoup pensent qu'elle n'existe plus !

En termes de solidité financière, sachez que les réserves de la MIPSS Auvergne sont plus de 3 fois supérieures au minimum exigé par la loi (notion d'exigence de marge de solvabilité).

Au-delà des garanties, cotisations et finances, et parce qu'une mutuelle n'est pas un tiroir-caisse, je crois utile d'insister sur deux autres éléments susceptibles d'influencer votre choix

- une **proximité géographique réelle** : nos salariées et notre siège sont à Clermont-Ferrand, au sein de l'immeuble de la CARSAT Auvergne ;
- **la démocratie mutualiste** : la MIPSS Auvergne est demeurée une vraie mutuelle, au sein de laquelle le pouvoir est exercé par les délégués qui représentent les adhérents. Les délégués comme les administrateurs sont avant tout des adhérents, soucieux de notre intérêt commun. C'est vous qui les élisez directement et **vous pouvez devenir l'un d'eux**.

Si ces arguments ont su vous convaincre, je vous propose de préparer dès à présent votre adhésion à la MIPSS Auvergne, pour qu'elle prenne la suite de votre actuel assureur obligatoire. Pour cela, il vous suffit de demander un **dossier d'adhésion** auprès de nos conseillères mutualistes.

N'hésitez pas à consulter notre site internet (<https://mipss-auvergne.fr>) ou à contacter nos conseillères mutualistes, pour toute explication qui vous sera nécessaire, pour vous-même, pour un collègue de travail ou un membre de votre famille, intéressé par ces conditions d'adhésion.

Je tiens à souligner qu'en cas d'adhésion à la MIPSS Auvergne, vous ne devez effectuer aucune démarche auprès de votre assureur actuel, dont les garanties cesseront automatiquement, en même temps que votre contrat de travail.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes meilleurs sentiments mutualistes.

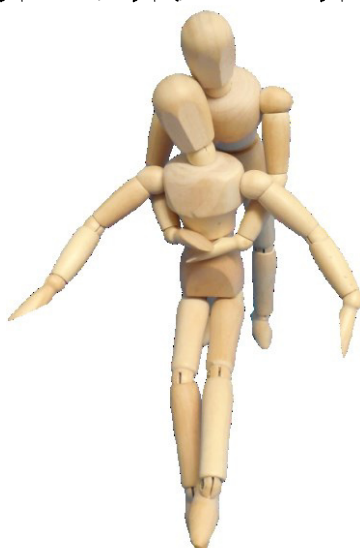
Le Secrétaire-Général,



Dominique Verdera

Mutuelle de proximité
créée en 1951 par
les comités d'entreprise
des organismes de Sécurité
Sociale de Clermont-Ferrand.

Ouverte à tous,
indépendamment
du lieu de résidence
ou du secteur d'activité



UN DROIT POUR TOUS

Prothèses dentaires
aides auditives
équipements optiques
prothèses capillaires
éligibles « 100% Santé »
SANS RESTE A CHARGE.

Un vrai effort de solidarité,
inclus dans le contrat de
TOUS nos adhérents.

UNE VRAIE PROXIMITE

Siège et accueil des adhérents (sur rendez-vous)

Immeuble CARSAT – 5 rue Entre les Deux Villes
63036 CLERMONT-FERRAND CEDEX 9

- ▶ du lundi au jeudi : [09h00-12h00] - [13h30-16h00]
- ▶ le vendredi : [09h00-12h00] - [13h30-15h00]



Contacts

- ▶ téléphone : **09 72 16 27 25**
- ▶ mail : contact@mipss-auvergne.fr

UN SOCLE SANTE COMMUN

garant d'une réelle solidarité
entre tous ses membres

Protection complémentaire SANTE

- ▶ conforme au « contrat responsable »
- ▶ inclut le « **100% Santé** » et l'**homéopathie**
- ▶ **aucun** droit d'entrée avant 80 ans

Trois garanties en inclusion

- ▶ Indemnité Obsèques de 1 220,00 EUR
- ▶ Assistance Santé et Protection Juridique Santé
- ▶ Service Deuxième Avis médical

COTISATIONS 2026

Complémentaire santé (par mois)

- adhérent ou ayant-droit, cas général :	87,39 EUR HT	98,60 EUR TTC
- adhérent ou ayant-droit invalide selon art R 211 du Règlement Mutualiste :	65,60 EUR HT	74,00 EUR TTC
- adhérent ou ayant-droit en activité salariée ou assimilée :	65,60 EUR HT	74,00 EUR TTC
- scolaire, étudiant, apprenti ou inscrit à France Travail (-28 ans) :	35,12 EUR HT	39,60 EUR TTC
- 3° enfant inscrit et suivants, jusqu'à 20 ans :		gratuit

En dispense de cotisation santé (par an)

- toutes catégories :	74,40 EUR HT	74,40 EUR TTC
-----------------------	---------------------	----------------------

accessible aux salariés assujettis à une complémentaire santé **obligatoire** par leur employeur et aux bénéficiaires de la C2S.

<https://mipss-auvergne.fr>

MIPSS Auvergne : tableau des prestations au 01/01/26

Les remboursements effectués par la mutuelle sont **conformes** à la réglementation du « contrat responsable » et sont limités aux dépenses **engagées** pour des soins **prescrits** et, sauf exceptions indiquées, **pris en charge** par l'AMO ¹.

Les participations forfaitaires, les franchises et les majorations pour consultation **hors parcours de soins** sont **exclues**.

La prise en charge des prestations sur fond vert est soumise à un **délai de stage** de 3 mois à compter de l'adhésion.

Nature des soins ou des prestations	Part AMO ^{1,2}	Part MIPSS ²		
		Dépassement ou TM obligatoire ³	Dépassement ou TM facultatif ⁴	Limites de remboursement ou précision complémentaire
Consultations et Visites (médecine générale et autres spécialités)	70%	30%	-	
Actes médicaux de moins de 120 EUR en ambulatoire	70%	30%	-	
Actes médicaux lourds (120 EUR et plus) en ambulatoire ⁵	100%	24,00 EUR	-	
Actes d'imagerie	70%	30%	-	
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinés, orthophonistes, orthoptistes, ...)	60%	40%	-	
Analyses, examens de laboratoire	60%	40%	-	
Frais de transport et de déplacement	65%	35%	-	
Pharmacie : Vaccination	70%	30%	-	honoraire VGP
Pharmacie : Honoraires de Dispensation ⁶	65%	35%	-	honoraires HDA, HDE, HDR, ...
Pharmacie : Service Médical Rendu majeur ou important	65%	35%	-	antérieurement « vignettes blanches »
Pharmacie : Service Médical Rendu modéré	30%	-	70%	antérieurement « vignettes bleues »
Pharmacie : Médicaments homéopathiques non pris en charge par l'AMO	-	-	2,50 EUR/tube	sur prescription médicale
Prothèses capillaires éligibles au 100% Santé ⁷	60%	100% santé	-	tous les ans
Prothèses capillaires hors 100% Santé	60%	40%	-	tous les ans
Soins dentaires	60%	40%	-	
Prothèses dentaires éligibles au 100% Santé ⁷	60%	100% santé	-	
Prothèses dentaires hors 100% Santé	60%	40%	175%	le dépassement inclut le TM
Orthodontie	100%	-	100%	
Optique : équipements éligibles au 100% Santé ⁷	65%	100% santé	-	tous les 2 ans (sauf dérogations)
Optique hors 100% Santé : 2 verres simples ⁸	65%	35%	95,00 EUR	le dépassement inclut le TM. 1 remboursement tous les 2 ans (1 an si évolution de la vue ou moins de 16 ans)
Optique hors 100% Santé : 1 verre simple et 1 complexe/très complexe ⁸	65%	35%	125,00 EUR	
Optique hors 100% Santé : 2 verres complexes/très complexes ⁸	65%	35%	200,00 EUR	
Optique : lentilles prises en charge par l'AMO	65%	35%	95,00 EUR/an	le dépassement inclut le TM
Optique : lentilles non prises en charge par l'AMO	-	-	95,00 EUR/an	
Optique : chirurgie réfractive ⁹	-	-	200,00 EUR	forfait par œil
Petit appareillage (matériel de contention, orthèses, ...)	60%	40%	-	
Grand appareillage (prothèse oculaire, faciale, fauteuil, ...)	100%	-	200%	
Aides auditives : équipements éligibles au 100% Santé ⁷	65%	100% santé	-	(710,00 EUR par oreille) tous les 4 ans
Aides auditives hors 100% Santé (par oreille)	60%	-	550,00 EUR	tous les 4 ans
Actes médicaux de moins de 120 EUR en hospitalisation	80%	20%	-	
Actes médicaux lourds (120 EUR et plus) en hospitalisation ⁵	100%	24,00 EUR	-	
Frais de séjour hors cas d'exonération du TM	80%	20%	-	
Chambre particulière (demande du malade et motif non médical)	-	-	25,00 EUR/jour	limité à 40 jours (par année mobile)
Forfait patient urgence (passage aux Urgences sans hospitalisation)	-	100%	-	19,61 EUR
Forfait hospitalier journalier en établissement de soins (FHJ) ¹⁰	-	20,00 EUR/jour	-	sans limite de durée
Forfait hospitalier journalier en établissement psychiatrique (FHJ) ¹⁰	-	15,00 EUR/jour	-	
Gardes de nuit à domicile après hospitalisation	-	-	40,00 EUR/jour	
Frais d'accompagnant d'un enfant < 11 ans	-	-	40,00 EUR/jour	limité à 10 jours (par année mobile)
Cure thermale - honoraires et soins	70%	-	30%	
Cure thermale (hébergement – transport)	65%	-	35%	
Cure thermale avec hébergement non prise en charge par l'AMO	-	-	67,50 EUR	forfait hébergement et transport
Cure thermale sans hébergement non prise en charge par l'AMO	-	-	12,00 EUR	forfait transport sans hébergement
Prestations de prévention inscrites sur la liste de l'arrêté du 08/06/06	70%	30%	-	
Assistance Santé et Protection Juridique Santé	-	-	variable	cf. notice d'information de cette garantie
Indemnité Obsèques	-	-	1 220,00 EUR	cf. notice d'information de cette garantie
Deuxième Avis Médical	-	-	-	cf. notice d'information de cette garantie

(1) « AMO » signifie Assurance Maladie Obligatoire ; il s'agit, dans la plupart des cas, de votre CPAM.

(2) « part MIPSS » et « part AMO » sont exprimées **en pourcentage de la Base de Remboursement (BR)**, sauf mention particulière.

(3) ticket modérateur (TM) ou dépassement dont la prise en charge est rendue obligatoire par l'article L871-1 du code de la Sécurité Sociale.

(4) ticket modérateur (TM) ou dépassement pris en charge par décision de la mutuelle, hors contrat responsable (l'article L871-1 du code de la Sécurité Sociale).

(5) actes médicaux lourds : la « part AMO » est de 100% de la Base de Remboursement moins le Ticket Modérateur Forfaitaire de 24,00 EUR.

(6) honoraires de délivrance des médicaments remboursables, facturés par les pharmaciens d'officine.

(7) prise en charge de 100% des frais restant à charge, après participation de l'AMO et dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV).

(8) le montant maximum alloué pour la **monture**, inclus dans les remboursements indiqués, est de 30,00 EUR.

(9) actes de chirurgie ophtalmique destinés à corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme ou la presbytie.

(10) séjours en hospitalisation complète en services MCOO, SSR et PSY, hors MAS et EHPAD.

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française.

Le produit respecte les conditions légales des **contrats responsables**, dont celles inhérentes au **dispositif « 100% Santé »**.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, supplément pour chambre particulière
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursée à 65% et 30% par la Sécurité Sociale), médicaments homéopathiques.
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive.
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires (consultations et actes, d'imagerie médicale), orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale, prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale et inlay core.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : aides auditives, prothèses et orthèses, prothèses capillaires.
- ✓ **Garantie indemnité obsèques** : indemnité versée à la personne ayant réglé les frais d'obsèques de l'assuré.
- ✓ **Mon soutien psy** : prise en charge des consultations de psychologues
- ✓ **100% Santé** : aucun reste à charge sur les équipements éligibles en optique, prothèses dentaire, prothèses capillaires et aides auditives.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ **Devis** dentaire, optique ou audioprothèses.
- ✓ **Prises en charge** de séjour en établissement de soins.
- ✓ **Tiers payant** sur honoraires, pharmacie, hospitalisation, analyses et autres actes de soins, sous réserve d'accord du professionnel ou d'obligation réglementaire.
- ✓ **Deuxième avis** avant une décision médicale importante.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance santé et Protection juridique santé.

LES GARANTIES OU SERVICES OPTIONNELS

- ✓ **Aucune** garantie, **aucun** service n'est optionnel.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus **en dehors de la période de validité** du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale **en cas d'arrêt de travail**
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)
- ✗ La **chirurgie esthétique** non prise en charge par la Sécurité Sociale



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! Les participations forfaitaires et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées **en dehors du parcours de soins**.
- ! Les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation et maternité** : dépassements d'honoraires non pris en charge ; limitation au ticket modérateur de la prise en charge des frais d'hospitalisation pendant les **3 premiers mois** suivant l'adhésion.
- ! **Chambre particulière** : prise en charge **après 3 mois** d'adhésion, dans la limite de 40 jours par année mobile et de 25,00 EUR par jour.
- ! **Homéopathie** : prise en charge **après 3 mois** d'adhésion, dans la limite de 2,50 EUR par dose ou tube prescrits.
- ! **Optique** : prise en charge des dépassements **hors 100% Santé après 3 mois** d'adhésion et limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Prothèses dentaires** : prise en charge des dépassements **hors 100% Santé après 3 mois** d'adhésion.
- ! **Aides auditives** : prise en charge des dépassements **hors 100% Santé après 3 mois** d'adhésion et dans la limite d'un équipement par période de 4 ans (par oreille).



Où suis-je couvert ?

- En France.
- Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement est calculé sur la base du remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la mutuelle,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle, dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins par le régime obligatoire de Sécurité sociale
- Informer la mutuelle, dans le mois suivant la connaissance de l'un de ces événements : changement d'adresse, modification de la composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité, changement de situation socio-professionnelle (cette dernière pouvant avoir une incidence sur le montant de la cotisation).



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.
- Un paiement fractionné mensuel (avec le choix entre deux dates), par prélèvement automatique, est toutefois la règle.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée sur le bulletin d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de **14 jours**, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année, à sa date d'échéance principale, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Il est possible de mettre fin au contrat

- à la date d'échéance principale du contrat, en adressant la demande à la mutuelle au moins **deux** mois avant cette date,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations, en adressant la demande à la mutuelle dans les **30 jours** qui suivent la date de notification de la modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, en adressant la demande à la mutuelle dans le délai de **30 jours** à compter de la proposition de modification du contrat par la mutuelle,
- à tout moment, sans frais, ni pénalité, après expiration d'un délai d'un **an** à compter de la première souscription, soit par lettre, soit par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité.