



Gamme **Convergence**



**Choisissez la meilleure
protection pour votre santé**

**3 garanties
Des tarifs adaptés
De nombreux avantages**





INTÉGRALE - HSP5

AMO

AMO
+ mutuelle

Pour mieux comprendre les tableaux de garantie,  lisez notre article.



HOSPITALISATION

Frais de séjour en établissement public et privé conventionné	80 ou 100%	100% BRSS
+ Forfait hospitalier illimité	-	20€/jour
+ Forfait hospitalier psychiatrie illimité	-	15€/jour
Forfait chambre particulière (1)	-	70€
Forfait frais d'accompagnement hospitalier (2)	-	20€
Honoraires, actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ADC, ADA, ACO, ATM) - médecins ayant signé l'OPTAM ou l'OPTAM CO**	80 ou 100%	200% BRSS
Honoraires, actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ADC, ADA, ACO, ATM) - médecins n'ayant pas signé l'OPTAM ou l'OPTAM CO**	80 ou 100%	150% BRSS
Forfait hospitalisation obstétricale : prise en charge des frais liés à un accouchement non remboursés par l'AMO dans la limite de	-	200€



SOINS COURANTS

Consultations, téléconsultations, visites généralistes - médecins ayant signé l'OPTAM/OPTAM CO**	70%	100% BRSS
Consultations, téléconsultations, visites généralistes - médecins n'ayant pas signé l'OPTAM/OPTAM CO**	70%	100% BRSS
Consultations, téléconsultations, visites spécialistes - médecins ayant signé l'OPTAM/OPTAM CO**	70%	200% BRSS
Consultations, téléconsultations, visites spécialistes - médecins n'ayant pas signé l'OPTAM/OPTAM CO**	70%	150% BRSS
Radiologie, échographie et actes techniques médicaux - médecins ayant signé l'OPTAM/OPTAM CO**	70%	200% BRSS
Radiologie, échographie et actes techniques médicaux - médecins n'ayant pas signé l'OPTAM/OPTAM CO**	70%	150% BRSS
Examens de laboratoire (médecins ayant signé ou non l'OPTAM**)	60 ou 70%	100% BRSS
Frais de transport pris en charge par l'AMO	55%	100% BRSS
Auxiliaires médicaux	60%	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu important	65%	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu modéré	30%	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu faible	15%	100% BRSS
Forfait médicaments prescrits non pris en charge par l'AMO (8)	-	70€
Vaccination (antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélite...)	65 ou 70%	100% BRSS
Forfait vaccins non pris en charge par l'AMO (anti HPV, rotavirus...) (8)	-	40€
Dépistage (hépatite B...)	60%	100% BRSS
Soins externes (hôpitaux publics et privés)	-	100% BRSS
Forfait patient urgences (FPU)	-	19,61€
Matériel médical	60 ou 100%	100% BRSS
+ Forfait appareillage pris en charge par l'AMO (8)	-	250€



OPTIQUE

Équipement optique Classe A 100% Santé (4) (5)	-	Frais réels
Équipement optique Classe B (tarifs libres pratiqués par l'opticien)		
Forfait monture (5) (6)	-	75€
Forfait verres simples par verre (5) (6)	-	90€
Forfait verres complexes par verre (5) (6)	-	130€
Forfait verres très complexes par verre (5) (6)	-	130€
Adaptation de la correction effectuée par l'opticien	60%	100% BRSS
Appairage (7)	60%	100% BRSS
Verres avec filtre	60%	100% BRSS
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60%	100% BRSS
Lentilles	60%	100% BRSS
+ Forfait lentilles correctrices prises en charge ou non par l'AMO (8)	-	120€
Forfait chirurgie laser non remboursée par l'AMO par œil opéré (stage de 12 mois) - ne couvre pas les implants intraoculaires (8)	-	750€



AVEC NOS
GARANTIES, VOUS
ACCÉDEZ À :

Un service d'assistance de qualité

Pour vous venir en aide quand vous en avez besoin : hospitalisation, accident, maternité, perte d'autonomie, maladie...
Renseignements et accès : 01 53 21 24 60



Retrouvez tous les services

Des professionnel·les de santé

à votre écoute

Via la téléconsultation 24/7  En savoir plus

Via le 2^e avis médical  En savoir plus

Via SmartDiet, un accompagnement nutritionnel  En savoir plus
Voir notice d'information

AMO

AMO
+ mutuelle



DENTAIRE

Soins dentaires	60%	100% BRSS
Prothèses dentaires prises en charge par l'AMO		
Panier de soins 100% Santé (9)	-	Frais réels
Panier de soins tarifs maîtrisés (10)	60%	350% BRSS
Panier de soins tarifs libres	60%	350% BRSS
Forfait actes non pris en charge par l'AMO : prothèses, parodontologie et implantologie (8)	-	700€
Plafond annuel de remboursements par bénéficiaire (appliqué pendant 5 ans hors soins et orthodontie). Si le plafond est atteint le remboursement de la mutuelle est alors limité au ticket modérateur pour les paniers de soins tarifs maîtrisés et tarifs libres.	-	2 000€
Orthodontie prise en charge par l'AMO	60 ou 100%	250% BRSS
Orthodontie non prise en charge par l'AMO (8)	-	120€
Scellement des puits, sillons et fissures dentaires (enfants - de 14 ans)	60%	100% BRSS



AIDES AUDITIVES

Prothèses auditives Classe I - 100% Santé (11) (12)	-	Frais réels
Prothèses auditives Classe II (12)	60 ou 100%	100% BRSS
+ Forfait prothèses auditives remboursées par l'AMO (par oreille et par bénéficiaire)	-	250€
Piles	60%	100% BRSS



CURES

Cure thermale	65%	100% BRSS
Honoraires de surveillance	70%	100% BRSS
Forfait cure thermale (8) (13)	-	200€



PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Ostéopathie, étiopathie, sophrologie, podologie, sexologie, acupuncture, chiropractie, diététique, pédicurie, psychologie, psychomotricité (par bénéficiaire et par semestre)	-	3x35€
Sport sur ordonnance	-	70€/trimestre
Pilule non prise en charge par l'AMO (8)	-	30€
Sevrage tabagique (8)	-	30€
Densitométrie osseuse (8)	-	50€
Amniocentèse (8)	-	50€
Prothèse capillaire et mammaire prise en charge par l'AMO	-	100% BRSS
+ Forfait prothèse capillaire et mammaire prise en charge par l'AMO (8)	-	250€



NOS AVANTAGES MUTUALISTES

• Sport Loisir Culture

Chaque année, nous prenons en charge une partie des frais d'inscription de votre enfant (de 5 à 21 ans) dans un club sportif ou une activité culturelle.

 En savoir plus

• Gratuité de la cotisation à partir du 3^e enfant inscrit

• Sport sur ordonnance (70€/trimestre)

Prise en charge pour les adhérent·es atteints·es d'une ALD (affection de longue durée - article L. 322-3 du Code de la sécurité sociale) et recourant aux professionnel·les suivant·es : coachs APA (activité physique adaptée), les professionnel·les paramédicaux (masso-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotricien·nes) et les personnes certifiées par une fédération sportive.

 En savoir plus

• Maintien du tarif enfant jusqu'à 21 ans et sous conditions de 22 à 26 ans

• Parrainage

Quand vous parrainez une proche, vous recevez 30€ de crédit cadeau sur le site cadeaux-prives.com et la Mutuelle des Services Publics verse 30€ à l'association de votre choix (parmi 3 associations).

 En savoir plus





EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

Pour mieux comprendre les tableaux de remboursement,  lisez notre article.

INTÉGRALE HSP5 - Contrat d'assurance santé responsable

INTÉGRALE HSP5 - Contrat d'assurance santé responsable	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
 HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20€ (15€ en service psychiatrique)	0,00€	0,00€	20€ (15€ en service psychiatrique)	0,00€
Chambre particulière (demandée par le patient)	55,00€	0,00€	0,00€	55€ (forfait de 70€ par jour pendant 30 jours par an)	0,00€
Séjour avec actes lourds : l'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24€	24,00€	0,00€
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 794,04€	794,04€	770,04€	24,00€	0,00€
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Honoraires médecin adhérent à un DPTAM (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Tarif moyen de 413€	271,70€	271,70€	141,30€	0,00€
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	Tarif moyen de 451€	271,70€	271,70€	135,85€	43,45€
Séjour sans actes lourds : l'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80% BR	20% BR	0,00€
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3333,75€	3 333,75€	2 667,00€	666,75€	0,00€

SOINS COURANTS

Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70% BR -1€	30% BR	1€ de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50€	26,50€	17,55€	7,95€	1,00€
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 6 ans	33,50€	33,50€	22,45€	10,05€	1,00€
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	31,50€	31,50€	21,05€	9,45€	1,00€
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70% BR -1€	30% BR + dépassement si prévu au contrat	1€ de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	33,50€	33,50€	22,45€	10,05€	1,00€
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44,00€	31,50€	21,05€	21,95€	1,00€
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR -1€	30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	1€ de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	55,00€	23,00€	15,10€	18,40€	21,50€
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	58,00€	23,00€	15,10€	18,40€	24,50€
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,63€	24,40€	14,64€	10,99€	0,00€

INTÉGRALE HSP5 - Contrat d'assurance santé responsable

INTÉGRALE HSP5 - Contrat d'assurance santé responsable	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
 DENTAIRE					
Soins et prothèses 100% Santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00€
Ex : couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00€	120,00€	72,00€	428,00€	0,00€
Soins (hors 100% Santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38€	43,38€	26,03€	17,35€	0,00€
Prothèses (hors 100% Santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	547,90€	120,00€	72,00€	348,00€	127,90€
Ex : implant	1 350,00€	0,00€	0,00€	700,00€	650,00€
Orthodontie (moins de 16 ans)	Tarif de convention	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)	720,00€	193,50€	193,50€	290,25€	236,25€

OPTIQUE

Équipement 100% Santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00€
Ex : verres simples et monture	41€ (par verre) + 30€ (monture)	12,75€ par verre + 9€	7,65€ par verre + 5,40€	33,35€ par verre + 24,60€	0,00€
Ex : verres progressifs et monture	90€ (par verre) + 30€ (monture)	27€ par verre + 9€	16,20€ par verre + 5,40€	73,80€ par verre + 24,60€	0,00€
Équipement (hors 100% Santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples et monture	100€ (par verre) + 139€ (monture)	0,05€ par verre + 0,05€	0,03€ par verre + 0,03€	90€ (par verre) + 75€ (monture)	10€ (par verre) + 64€ (monture)
Ex : verres progressifs et monture	231€ (par verre) + 139€ (monture)	0,05€ par verre + 0,05€	0,03€ par verre + 0,03€	130€ (par verre) + 75€ (monture)	101€ (par verre) + 64€ (monture)
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge dans le cas général	Pas de prise en charge dans le cas général	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	120,00€	NC
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	750€ par œil opéré	NC

AIDES AUDITIVES

Équipement 100% Santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00€
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00€	400,00€	240,00€	710,00€	0,00€
Équipement (hors 100% Santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 534,00€	400,00€	240,00€	410,00€	884,00€

Ce document présente des exemples de remboursement en euros par l'Assurance Maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'Assurance Maladie Obligatoire et en s'appuyant sur le glossaire de l'assurance complémentaire santé édité par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-télécharger/>)

- Tout type de séjour avec hébergement comportant au moins une nuitée dans la limite de 30 jours par année civile et par bénéficiaire en hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité dont 30 jours par année civile et par bénéficiaire en établissements et services spécialisés (ex : psychiatrie, repos, gériatrie).
- En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire inscrit au contrat limité à 30 jours par année civile et par bénéficiaire hospitalisé. Les frais d'accompagnement sont pris en charge lorsque ceux-ci sont facturés au nom du bénéficiaire des soins, assuré par la mutuelle. Pour les actes médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120€, la franchise est intégralement prise en charge.
- En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire inscrit au contrat limité à 30 jours par année civile et par bénéficiaire hospitalisé. Les frais sont pris en charge lorsque ceux-ci sont facturés au nom du bénéficiaire des soins, assuré par la mutuelle.
- Remboursement sans reste à charge tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.
- Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la sécurité sociale est pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.
- Ces montants intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique.
- Prestation non prise en charge dans le cadre de verres de Classe B
- Les forfaits s'entendent par année civile et par bénéficiaire.

- Remboursement sans reste à charge tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.
- Remboursement plafonné aux honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.
- RAC 0 appelé 100% Santé à compter du 01/01/2021 : prise en charge de l'intégralité des frais de prothèses auditives exposés par l'adhérent en sus des tarifs de responsabilité dans le respect des prix limites de vente pour les dispositifs appartenant à une classe à prise en charge renforcée.
- Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.
- Remboursement des frais d'hébergement.

Les taux de remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) sont mentionnés ci-dessus à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision réglementaire. Ils s'entendent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) dans le respect du parcours de soins coordonnés (taux en vigueur de l'Assurance Maladie Obligatoire au 01/01/24). Ils peuvent être minorés en fonction des dispositions légales. Les taux de remboursement mentionnés pour la garantie cumulent le remboursement de l'AMO et le remboursement de la mutuelle, dans la limite des frais réellement engagés. Les dépassements d'honoraires hors parcours de soins coordonnés ne sont pas pris en charge par la mutuelle. Les franchises retenues par l'AMO sur le remboursement des actes médicaux (consultations, actes de biologie...) ne sont pas prises en charge par la mutuelle. La franchise de 24€ pour les actes médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120€ est prise en charge intégralement. Ces garanties répondent au cahier des charges des "contrats responsables et solidaires" (instruction DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019). Ces garanties permettent de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins à hauteur du tarif de responsabilité (y compris le ticket modérateur forfaitisé à 24€) et le forfait journalier hospitalier de manière intégrale et illimitée.

****OPTAM** : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM - OPTAM CO. MODALITÉS DE RÉGLEMENT : la cotisation dépend de la garantie choisie. Elle est annuelle et payable d'avance (paiement par précompte sur salaire, prélèvement mensuel, trimestriel ou annuel). REMBOURSEMENTS : le décompte de Sécurité sociale portera la mention que les remboursements nous ont été transmis. Le remboursement est effectué automatiquement. Si ce n'est pas le cas, présentez l'original du décompte à l'accueil ou adressez-le par courrier à la mutuelle.

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.

La Gamme Convergence vous intéresse ?

Contactez-nous pour souscrire
en quelques minutes !

NOTRE ÉQUIPE S'ADAPTE À VOS BESOINS

Appelez-le **09 69 32 21 39** (prix d'un appel local) et choisissez le mode de rendez-vous qui vous convient le mieux :

En agence, à domicile ou à distance !

SERVICES ACCESSIBLES EN LIGNE



Simplifiez-vous la vie avec l'**application mobile** « Ma Mutuelle et Moi MSP » ou en vous connectant à votre **espace adhérent** et bénéficiez des services de votre mutuelle 24 h/24 et 7 j/7 !

- Consultez vos remboursements
- Accédez à MédecinDirect (téléconsultation)
- Suivez l'avancée de vos demandes en direct

VOTRE SERVICE RELATION ADHÉRENT

Nos conseillers sont à votre écoute au **09 69 32 21 39** (prix d'un appel local)

Le **service Relation Adhérent** vous permet de :

- Effectuer des mises à jour de votre dossier administratif
- Ajouter un-e ayant droit
- Faire une demande de carte mutualiste
- Souscrire à un produit prévoyance ou retraite

VOTRE AGENCE LA PLUS PROCHE

- **AIX-EN-PROVENCE** - 21 rue Finsonius - 13100 Aix en Provence (sur rendez-vous uniquement)
- **ARLES** - 20 rue de la Verrerie - 13200 Arles
- **AUBAGNE** - 6 cours Maréchal Foch - 13400 Aubagne
- **MARSEILLE** - 38 rue Jean Trinquet - CS 10 535 - 13236 Marseille Cedex 02
- **MIRAMAS** - 10 place Henri Barbusse - 13140 Miramas

SUIVRE NOTRE ACTUALITÉ

- Sur Facebook (@Mutuelle des Services Publics)
- Sur LinkedIn (@MUTUELLE DES SERVICES PUBLICS)
- Sur YouTube (MSPlay)



www.mutuelle-msp.fr

◆ membre **unalis**