

Barèmes des prestations et des cotisations en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2010

Prestations de la Mutuelle – annexe au Règlement Mutualiste

## CONTRAT RESPONSABLE DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS COORDONNES

Prestations versées par bénéficiaire et dans la limite des frais engagés sous déduction du forfait de 1€ pour chaque acte médical conformément à la circulaire de la Sécurité Sociale du 11 juillet 2006.

TO : Tarif Opposable

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

Nature des dépenses Prise en charge sans délai de stage pour les actes entrant dans le champ d'application du contrat responsable		Remboursement MUTUELLE dans le cadre du parcours de soins coordonnés par votre médecin traitant	Remboursement MUTUELLE hors parcours de soins coordonnés (Z)
<b>Frais Médicaux</b> 	Consultation généraliste ou spécialiste, surveillance thermale Visite généraliste ou spécialiste (médecin traitant ou correspondant)	30 % BRSS (*) 30 % BRSS (*)	30 % TO (*) 30 % TO (*)
	Analyses médicales	40 % BRSS (*)	40 % BRSS (*)
<b>Pharmacie</b> 	Vignette blanche 65 %	35 % BRSS (*)	35 % BRSS (*)
<b>Action de Prévention :</b> - Détartrage annuel sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum - Ostéodensitométrie femme de > 50 ans : 1 / 6 ans		30 % BRSS 30 % BRSS	

(\*) Conforme aux dispositions de l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale

Nature des dépenses		Remboursement MUTUELLE Les remboursements s'entendent pour les personnes qui ne bénéficient pas de l'exonération du Ticket Modérateur
<b>Frais Médicaux</b> 	Consultations généralistes directes	30 % BRSS
	Consultations spécialistes directes	30 % BRSS
	Analyses médicales prescrites en consultation directe	40 % BRSS
	Actes de spécialités effectués en consultation directe	30 % BRSS
	Analyses non remboursées	Néant
	Acte technique médicale	30 % BRSS
<b>Pharmacie</b> 	Vignette blanche 65 %	35 % BRSS
	Vignette bleue 35 %	65 % BRSS
	Vignette 15 %	65 % BRSS
	Homéopathie non remboursée	Forfait de 30 € / an
	Pilule contraceptive remboursée par la S.S.	35 % BRSS
	<b>Pilule contraceptive non remboursée par la S.S.</b> <b>Vaccin pour les enfants à charge</b> <b>Vaccin contre le cancer du col de l'utérus</b>	Forfait de 10,00 €/plaquette d'1 mois dans la limite des frais engagés Frais réels Frais réels
<b>Ticket modérateur instauré pour les actes médicaux ou examens cliniques d'un montant supérieur à 91 €</b>		18 €
<b>Vaccin anti-grippe</b>		Frais Réels (sur présentation vignette et prescription médicale)
<b>Auxiliaires Médicaux</b>	Infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthoptistes, orthophonistes	40 % BRSS
<b>Ostéopathie</b>	<b>Consultation</b>	Forfait de 50 € / an
<b>Transport</b>	Ambulance, V.S.L.	35 % BRSS
<b>Radio</b>	Radiologie	30 % BRSS
<b>Dentaire</b> 	Soins	30 % BRSS
	Prothèses acceptées par la S.S.	205 % BRSS
	Prothèses refusées par la S.S. Orthodontie acceptée par la S.S.	214,95 € dans la limite des frais engagés/prothèse Forfait = 100 % BRSS soit 193,50 € / semestre
<b>Optique</b> 	Verres, montures et lentilles acceptées par la S.S.	35 % BRSS + Forfait de 200,00 € non limitatif
	Lentilles refusées par la Sécurité Sociale Chirurgie Myopie	Forfait de 76,22 € / lentille / an Forfait de 76,22 € / oeil
<b>Petits appareillages</b>	Bas de contention, genouillère, minerve...	135 % BRSS
<b>Acoustique Orthopédie</b> 	Prothèses auditives (stage de 12 mois)	35 % BRSS + Forfait de 350,63 € / oreille
	Prothèses mammaires	Forfait de 100 % du BRSS
	Prothèses capillaires	Forfait de 100 % du BRSS
	Semelles et chaussures orthopédiques	100 % du BRSS
<b>Hospit.</b> 	Hospitalisation en Médecine ou Chirurgie BRSS chirurgical ou médical d'un montant ≥ à 182 €	20 % BRSS Forfait de 100,00 € (sur présentation de la facture acquittée)
	Forfait journalier en Médecine ou Chirurgie	16,00 € illimité
	Forfait journalier Maison de repos, convalescence, moyen séjour, Forfait journalier en rééducation fonctionnelle, Forfait journalier en psychiatrie (stage de 24 mois)	16,00 € pour 30 jours / an 16,00 € pour 30 jours / an 12,00 € pour 180 jours / an
	Chambre particulière en Médecine ou Chirurgie Chambre particulière maison repos, convalescence, moyen séjour,	50,00 € pour 30 jours / hospitalisation 50,00 € pour 30 jours / an

	Chambre particulière en rééducation fonctionnelle,  Lit accompagnement enfant - 16 ans Lit accompagnement adulte + 70 ans  Frais de séjour maison de repos, convalescence, moyen séjour Frais de séjour en rééducation fonctionnelle, Frais de séjour maison d'enfants à caractère sanitaire	<b>50,00 € pour 30 jours / an</b>  <b>Frais de lit 30 jours / an</b> <b>Frais de lit 10 jours / an</b>  <b>20 % BRSS 30 jours / an</b> <b>20 % BRSS 30 jours / an</b> <b>20 % BRSS 45 jours / an</b>
<b>Cure Thermale</b>	Soins thermaux acceptés par la Sécurité Sociale Forfait hébergement ou IK pour cure (sans hébergement)	<b>35 % BRSS</b>  <b>182,94 €</b>
<b>MFCA ASSISTANCE</b>		<b>Oui</b>
<b>Secours Exceptionnel (se reporter aux Statuts de la Mutuelle)</b>		<b>Des secours peuvent être accordés aux membres participants</b>

La Mutuelle ne prend pas en charge la majoration de la participation de l'assuré qui refusera à un professionnel de santé d'accéder ou de compléter son dossier médical personnel et la majoration du ticket modérateur payé par l'assuré dans le cadre du hors parcours de soins.

(☑) Prestations qui ne sont pas concernées par le parcours de soins :

- Les enfants de moins de 16 ans.

- Les consultations directes :

➤ Psychiatres : l'accès direct est limité aux bénéficiaires de moins de 26 ans. Dans les autres cas la consultation doit être prescrite par le médecin traitant.

➤ Neurologues : l'accès direct ne s'applique plus à ces spécialistes, donc passage préalable par le médecin traitant.

➤ Gynécologues : accès direct limité aux seuls actes suivants :

1) Examens cliniques périodiques et dépistage

2) Prescription et suivi contraception

3) Suivi grossesse et IVG

Dans les autres cas, la consultation doit être prescrite par le médecin traitant.

➤ Ophtalmologistes : accès direct limité aux seuls actes suivants :

1) Trouble réfraction oculaire

2) Acte de dépistage et suivi du glaucome

Dans les autres cas, la consultation doit être prescrite par le médecin traitant.

- Les cas d'urgence non prévus 8 heures avant l'affection, mettant en jeu la vie du patient, ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide du médecin.

#### LES REMBOURSEMENTS DE VOTRE MUTUELLE

Le montant indiqué à titre de forfait est alloué dans la limite des frais engagés. Il est versé sur présentation d'un justificatif de prise en charge par le Régime Obligatoire.

Les pourcentages indiqués se calculent sur la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) indiqué par l'Assurance Maladie Obligatoire et sont dus pour les adhérents qui ne bénéficient pas de l'exonération du ticket modérateur.

La minoration de la base de remboursement du Régime Obligatoire résultant de la loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie n'est pas prise en charge par la Mutuelle.

#### PRESTATIONS HORS PARCOURS DE SOINS COORDONNES

Lorsque vous recevez des soins médicaux sans avoir au préalable désigné de médecin traitant ou sans passer par « votre médecin traitant », à l'exception des cas prévus par la loi, ainsi qu'en cas de refus de présentation de votre dossier médical personnel, l'Assurance Maladie Obligatoire considère que « vous ne respectez pas le parcours de soins coordonnés ».

Dans ce cas, les honoraires et prescriptions concernés par ces soins font l'objet d'une minoration de la base 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 nos garanties.

De même, en ce qui concerne les dépassements d'honoraires demandés dans le cadre d'une consultation ou d'une prescription « hors parcours de soins », il est précisé qu'ils resteront entièrement à la charge de l'adhérent.

## GARANTIES INDUITES PREVOYANCE

(Prestations garanties par la Mutuelle Générale de Prévoyance)

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT MUTUELLE
MATERNITE (par enfant né viable)	182,94 €
MARIAGE (pour le cotisant)	91,47 €
INDEMNITES HOSPITALIERES EN ACCIDENT (du 1 <sup>er</sup> jour et pendant 30 jours maximum / accident)	16,00 € / jour
PRESTATIONS DECES PAR ACCIDENT (Pour l'adhérent, le conjoint(e) ou les enfants garantis par la mutuelle)	1600,00 €
FRAIS D'OBSEQUES (T.P. avec les PFG)	990,92 €

Ces allocations sont supportées tant au niveau financier que juridique par la Mutuelle Générale de Prévoyance dont le siège social est 39 rue du Jourdil 74960 Cran Gevrier. Notre Mutuelle n'est pas assureur de ce risque.

Conforme au cahier des charges de la Sécurité Sociale et au Décret n° 1226 du 29 septembre 2005 et con forme aux articles R871-1 et R872-2 du Code de la Sécurité Sociale (Contrat Responsable et Parcours de Soins)

**DOCUMENT NON CONTRACTUEL**