



Barème des prestations en vigueur au 1^{er} Janvier 2010

Prestations de la Mutuelle – Annexe au Règlement Mutualiste

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 prises 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 (☑)
Frais Médicaux 			Délai de mise en conformité aux nouvelles règles prévues à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale reporté par le législateur au 1er janvier 2011.
Pharmacie 			
Action de Prévention :			

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

	Nature des dépenses	Remboursement RO	Remboursement MUTUELLE (*)
--	---------------------	------------------	----------------------------

(*) Les remboursements par la Mutuelle s'entendent pour les personnes qui ne bénéficient pas de l'exonération du Ticket Modérateur

 Hopital	Hospitalisation en Médecine ou Chirurgie	80% BRSS	20 % BRSS
	Forfait journalier en Médecine ou Chirurgie	Néant	18,00 € illimité
	Forfait journalier en maison de repos, convalescence, moyen séjour	Néant	Néant
	Forfait journalier en rééducation fonctionnelle	Néant	Néant
	Forfait journalier en psychiatrie (stage de 12 mois)	Néant	Néant
	Chambre particulière en Médecine ou Chirurgie	Néant	Néant
	Chambre particulière en maternité	Néant	Néant
	Chambre particulière en maison de repos, convalescence et moyen séjour	Néant	Néant
	Chambre particulière en rééducation fonctionnelle	Néant	Néant
	Lit accompagnement enfant moins de 16 ans	Néant	Néant
Ticket modérateur instauré pour les actes médicaux ou examens cliniques d'un montant supérieur à 91 €		Néant	18 €
MFCA ASSISTANCE			OUI
FONDS D'ACTION SOCIAL			OUI

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 passable 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 de 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 prévue 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.

(☞) 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.

LES REMBOURSEMENTS DE VOTRE MUTUELLE

Le montant indiqué à titre de forfait est alloué annuellement 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) indiquée 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 avertir 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.

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

MUTUELLE FAMILIALE CENTRE AUVERGNE

30 boulevard Gambetta - 03200 VICHY - Tél. : 04.70.31.41.18 / Fax : 04.70.98.23.09

73 avenue de la République - 03100 MONTLUCON - Tél. : 04.70.05.89.15 / Fax : 04.70.05.89.81

87 rue d'Allier - 03000 MOULINS - Tél. : 04.70.46.22.57 / Fax : 04.70.34.02.02

16 rue Saint Genès - 63000 CLERMONT FERRAND - Tél. : 04.73.16.13.12 / Fax : 04.73.92.15.70