

Barème des prestations en vigueur au 1^{er} 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 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 	Consultations - Visites généralistes	30 % BRSS (*)	30 % TO (*)
	Consultations - Visites spécialistes (médecin traitant ou correspondant)	70 % BRSS (*)	70 % TO (*)
	Analyses médicales	40 % BRSS (*)	40 % BRSS (*)
Pharmacie 	Vignette blanche 65 %	35 % BRSS (*)	35 % BRSS (*)
Action de Prévention :			
- Détartrage annuel sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum.			30 % BRSS
- Ostéodensitométrie femme de > 50 ans : 1 / 6 ans			30 % BRSS

(*) 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			
Frais Médicaux 	Consultations - Visites généralistes directes	70 % BRSS	30 % BRSS
	Consultations - Visites spécialistes directes	70 % BRSS	70 % BRSS
	Analyses médicales prescrites en consultation directe	60 % BRSS	40 % BRSS
	Actes de spécialités effectués en consultation directe	70 % BRSS	70 % BRSS
	Analyses non remboursées	Néant	Frais réels
Pharmacie 	Acte technique médicale	70 % BRSS	70 % BRSS
	Vignette blanche	65 % BRSS	35 % BRSS
	Vignette bleue	35 % BRSS	65 % BRSS
	Vignette orange	15 % BRSS	65 % BRSS
	Pilule contraceptive remboursée par la S.S	65 % BRSS	35 % BRSS
	Pilule contraceptive non remboursée par la S.S	Néant	Forfait de 5,00 € / mois
Ticket modérateur instauré pour les actes médicaux ou examens cliniques d'un montant supérieur à 91 €		Néant	18 €
Vaccin anti-grippe		100 % BRSS à partir de 65 ans	Frais Réels (sur présentation vignette et prescription médicale)
Auxiliaires Médicaux	Infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthoptistes, orthophonistes	60 % BRSS	40 % BRSS
Ostéopathie Chiropractie	Consultation	Néant	Forfait de 15,00 € 3 fois / année civile
Transport	Ambulance, V.S.L	65 % BRSS	35 % BRSS
Radio	Radiologie	70 % BRSS	30 % BRSS
Dentaire 	Soins	70 % BRSS	30 % BRSS
	Prothèses dentaires acceptées par la S.S	70 % BRSS	210 % BRSS
	Prothèses dentaires refusées par la S.S ou Hors Nomenclature	Néant	Forfait de 150,00 € / an
	Orthodontie acceptée par la S.S	100 % BRSS	100 % BRSS
Optique 	Verres (par verre)	65 % BRSS	35 % BRSS + Forfait de 70,00 € / an
	Montures	65 % BRSS	35 % BRSS + Forfait 100,00€ / an
	Lentilles acceptées par la S.S	65 % BRSS	35 % BRSS + Forfait de 213,00 € / an
	Lentilles refusées par la Sécurité Sociale	Néant	Forfait de 213,00 € / an
	Chirurgie de la myopie (Kératotomie)	Néant	Forfait de 160,00 € / œil
Petits appareillages	Bas de contention, genouillère, minerve	65 % BRSS	100 % BRSS
Autres appareillages	Prothèses mammaires	100 % BRSS	Forfait de 77,00 € / an
	Prothèses capillaires	100 % BRSS	Forfait de 77,00 € / an

 Acoustique Orthopédie	Prothèses auditives (stage de 24 mois)	65 % BRSS	35 % BRSS + forfait de 275,00 € / an
	Semelles et chaussures orthopédiques	65 % BRSS	100 % BRSS
 Hopital	Hospitalisation en Médecine ou Chirurgie	80% BRSS	80 % BRSS
	Hospitalisation en maison de repos, convalescence, rééducation fonctionnelle et psychiatrie	80% BRSS	80 % BRSS
	Forfait journalier en Médecine ou Chirurgie	Néant	18,00 € illimité
	Forfait journalier en maison de repos, convalescence, moyen séjour	Néant	18,00 € pour 30 jours / an
	Forfait journalier en rééducation fonctionnelle	Néant	18,00 € pour 30 jours / an
	Forfait journalier en psychiatrie (stage de 12 mois)	Néant	13,50 € pour 45 jours / an
	Chambre particulière en Médecine ou Chirurgie	Néant	31,00 € pour 60 jours / an
	Chambre particulière en maternité	Néant	31,00 €
	Chambre particulière en maison de repos, convalescence et moyen séjour	Néant	31,00 € pour 30 jours / an
	Chambre particulière en rééducation fonctionnelle	Néant	31,00 € pour 30 jours / an
Cure Thermale	Lit accompagnement enfant moins de 16 ans	Néant	Frais réels limités à 90 jours / an
	Soins thermaux acceptés par la Sécurité Sociale	65% BRSS	35 % BRSS
	Forfait cure thermale	Néant	Forfait de 180,00 € / an
MFCA ASSISTANCE			OUI
FONDS D'ACTION SOCIAL			OUI

PRESTATIONS GARANTIES PAR LA MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE (☞)

Maternité (par adhérent chef de famille et par enfant né viable)	Forfait de 182,94 € (stage de 10 mois)
Mariage (par adhérent chef de famille)	Forfait de 91,47 €
Frais Obsèques (pour l'adhérent, le conjoint(e) et les enfants garantis par la MFCA)	Forfait de 990,92 €

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 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.

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