GUIDE DE l'UTILISATEUR

« MUTÉO SANTÉ COMMUNALE »

COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE

Responsable de l'agence
Sophie BERNARD
Le, 6 novembre 2023

LA MUTUELLE DE BAGNEAUX – 67-69 rue du Gâtinais - 77167 BAGNEAUX SUR LOING
Mutuelle régie par le code de la Mutualité, soumise au livre II numéro de SIREN 444 205 769 et substituée par la Mutuelle Familiale Registre National des Mutuelles N° 784 442 915

« La Mutuelle Familiale, mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, sise 52 rue d'Hauteville 75487 Paris cedex 10, (dite mutuelle garante), se substitue à la Mutuelle de Bagneaux (dite mutuelle cédante) dans les conditions prévues à l'article L. 211-5 du code de la mutualité, tel qu'issu du dispositif révisé de la substitution par l'ordonnance n°2017-734 du 04 mai 2017. Les articles R. 211-21 à R. 211-27 du code de la mutualité, tels qu'issus du décret n°2018-56 du 31 janvier 2018 sont également applicables. A ce titre, la Mutuelle Familiale se substitue intégralement à la Mutuelle de Bagneaux pour la constitution de l'ensemble des opérations et branches d'assurance pratiquées par celle-ci au profit de ses membres participants et de leurs ayants droit, ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître en résultant ».

« La garante donne à la cédante sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis des membres participants, ayants-droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale »

« Si l'agrément accordée à la garante lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation ».

SOMMAIRE

ANNEXE
- Double de votre contrat
- Règlement mutualiste

Préambule 3
Comment bien utiliser votre mutuelle 3
Adhésion/Résiliation 4
Pièces justificatives 4
Cotisations 5
- Vos cotisations 5

Prestations 5
- Les prestations garanties 5
- Montant maximum d'indemnisation 5
- Délais de forclusion des prestations 5
- Transmission des remboursements pour vos frais de santé 5
- Echanges Noémie 5
- Formalités de règlement des prestations 5
- Versement et mode de remboursement des prestations 5
- Frais 5
- Ticket modérateur 5
- Les risques exclus 5

Prestations (suite) 6
- Tarifs de responsabilité 6
- Parcours de soins coordonnés 6
- Contrat responsable 6
  - Qu'est-ce qu'un contrat de mutuelle responsable ? 6
  - Quel est l'objectif du gouvernement ? 6
  - Quels sont les contrats concernés ? 7
  - Que couvre un contrat responsable ? 7
  - Et les remboursements au-delà du ticket modérateur ? 8
    - Médecin adhérent et non adhérent à l'Optam 8
    - Les dépenses d'Optique, Dentaire et d'Aides auditives 8
  - Les actes de prévention 10
  - Ce qui n'est jamais pris en charge 10

Services 11
- Services aux Adhérents 11
- Carte Mutualiste 11
- Tiers Payant 12
- Informatique et Liberté 12
- FilAssistance 12
- Facebook 12
- Medaviz 13
- Priorité santé 13
- Comment lire une grille de prestation 13

Prestations 14

PRÉAMBULE

Vous avez souscrit un contrat à la Mutuelle de Bagneaux via l'association UNIS « MUTEO SANTE COMMUNALE » auprès de votre commune. Qui sommes-nous ?

Fondée en 1881, la Mutuelle de Bagneaux est probablement la mutuelle santé la plus ancienne de France. « La Mutuelle de Bagneaux » est une association loi 1901, qui vous permet d'accéder à une complémentaire santé aux meilleures conditions, avec des coûts de fonctionnement réduits, permettant de proposer des contrats santé extrêmement compétitifs.
Ce sont les adhérents délégués qui décident des orientations de la mutuelle en assemblée générale annuelle.
Le but de la Mutuelle de Bagneaux est de reverser le maximum des cotisations reçues aux bénéficiaires sous forme de prestations. Pas de dépenses inutiles, une gestion rigoureuse, pas de dividende reversé à des actionnaires.
La Mutuelle de Bagneaux est une mutuelle à but non lucratif. Bien qu'ayant des adhérents dans toute la France, la Mutuelle de Bagneaux se veut être une mutuelle de proximité et à l'écoute de ses adhérents.
Vous souhaitez être délégué de votre mutuelle contactez-nous. Nous avons besoin de vous.

Comment bien utiliser votre Mutuelle

Soucieux de vous apporter le meilleur service, nous vous indiquons ci-dessous quelques modalités pratiques.

Cette notice d'utilisation résume l'ensemble des prestations auxquelles peuvent prétendre les adhérents et indique les démarches administratives à accomplir afin d'obtenir le paiement des prestations.

La Mutuelle de Bagneaux et Vous :

Vos conseillères :
Chloé DAUPHIN
Elisabeth THEPENIER
Aurélie LE PONNER

Votre mutuelle est située au :
67-69 rue du Gâtinais
77167 BAGNEAUX SUR LOING

Ouverture au public

LUNDI	**Matin fermée**	**-**	**13H30 à 16H30**
MARDI	**09H30 à 12H30**	**-**	**13H30 à 16H30**
MERCREDI	**09H30 à 12H30**	**-**	**13H30 à 16H30**
JEUDI	**09H30 à 12H30**	**-**	**13H30 à 18H00**
VENDREDI	**09H30 à 12H30**	**-**	**13H30 à 16H30**

Par téléphone aux mêmes horaires : **01.64.28.39.43.**

Par Fax : **01.64.28.38.27.**

Par email : **contact@lamutuelledebagneaux.fr**

Le site Internet : **www.lamutuelledebagneaux.fr**

Espace adhèrent

MutLab
connecte les mutuelles

Connectez-vous à votre Espace Adhérent sur le site de www.laMutuelledeBagneaux.fr

LMDB
La Mutuelle De Bagneaux

Pour activer votre compte, allez dans « Espace Adhérent » et « Mon Espace » et laissez-vous guider…

ADHESION

Conditions d'adhésion :

- ⇒ Les personnes bénéficiant d'un régime obligatoire de Sécurité Sociale et similaires
- ⇒ Être résidant dans une commune partenaire à « MUTÉO SANTÉ COMMUNALE »
- ⇒ Effet immédiat de la garantie
- ⇒ Minimum 1 an d'adhésion.
- ⇒ Pas de questionnaire médical

Les Bénéficiaires garantis : (Les travailleurs salariés, les retraités, les travailleurs non-salariés)

Les bénéficiaires sont l'adhérent et ses ayants-droit.

Les ayants droit à savoir :

Le conjoint ou concubin dépendant d'un régime de sécurité sociale français ;

- ⇒ les enfants à charge de l'adhérent ou de son conjoint qui doivent figurer sur le bulletin individuel d'adhésion ;
- ⇒ les enfants poursuivant leurs études jusqu'à la fin de l'année scolaire de leur 26ème anniversaire, et peut en justifier par un certificat de scolarité ;
- ⇒ les enfants sous contrat d'apprentissage dûment justifié jusqu'à l'expiration dudit contrat ;
- ⇒ les enfants demandeurs d'emploi jusqu 'à 26 ans, sans revenu de remplacement, inscrit à L'ANPE à la recherche d'un premier emploi, dans la limite de 12 mois ;
- ⇒ les enfants handicapés titulaires d'une pension d'adulte handicapé et sans limite d'âge ;
- ⇒ les enfants à charge du concubin qui figurent sur sa carte de Sécurité Sociale ou celle de l'adhérent lui-même.

Nouveau-né

Le nouveau-né est garanti dans les conditions prévues par le présent contrat. La demande doit être adressée auprès de nos services dans les 30 jours qui suivent la naissance.

Pièces justificatives

QUALITE DU BENEFICIAIRE	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR AU CENTRE DE GESTION DE VOTRE ORGANISME ASSUREUR (PHOTOCOPIES)
Membre participant	+ Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale + Relevé d'Identité Bancaire
Conjoint, Concubin, Partenaire de PACS	+ Copie de l'attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale, s'il est lui-même l'assuré social
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	+ Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS justifiant la qualité d'ayants droit.
Enfant jusqu'à leur 26ème anniversaire qui poursuit ses études	+ Certificat de scolarité ou copie carte d'étudiant + Copie de l'attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale du régime étudiant
Enfant jusqu'à leur 26ème anniversaire sous contrat d'apprentissage	+ Copie du contrat d'apprentissage + Copie de l'attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale
Enfant jusqu'à son 26ème anniversaire demandeur d'emploi	+ Attestation d'inscription à Pôle emploi + copie de l'attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale
Sans limitation d'âge pour l'enfant atteint d'une infirmité	Notification d'invalidité ou décision de la CDAPH

RÉSILIATION

L'adhérent à titre individuel peut mettre fin à son adhésion 2 mois avant la date d'échéance de la carte, en adressant à la Mutuelle par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du code de la mutualité.
A défaut, celle-ci ne pourra être prise en considération qu'à la prochaine échéance.
L'échéance du contrat est fixée au 31 décembre. A cette date, le contrat est reconduit tacitement pour un an.

L'adhérent à titre individuel peut mettre fin à son adhésion dès lors qu'il ne rentre plus dans les conditions d'adhésions à la mutuelle ou lors la survenance de l'un des événements suivants :

- changement de profession
- changement de domicile
- dans le cadre d'une mutuelle obligatoire (radiation à la date d'adhésion au dit contrat)
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

A compter du 1er décembre 2020, La loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 : Article L.221-10 2 du code de la mutualité offre la faculté de résilier sans frais ni pénalité et à tout moment, **après la première année de souscription** votre contrat de complémentaires santé.
La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation du contrat prend effet un 1 mois après que la mutuelle en a reçu la notification par Le membre participant ou le nouvel organisme assureur agissant en tant que mandataire.

La notification de la dénonciation ou de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'intéressé

- ⇨ par lettre ou tout autre support durable (ex-courrier électronique),
- ⇨ par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle,
- ⇨ par tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement

L'intéressé ne sera tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert. En cas de non-respect de ces dispositions, la Mutuelle se réserve le droit de recourir à toute action légale pour le recouvrement des cotisations dues.

COTISATIONS

Vos cotisations :

Les cotisations dues sont payables à terme à échoir[1].

- ⇒ soit par prélèvement sur votre compte bancaire le 10 de chaque mois d'échéance.
- ⇒ soit par chèque Trimestriellement, Semestriellement ou Annuellement.

Elle se décompose de la façon suivante :

- la garantie choisie (MUT-ECO / MUT-SECU / MUT-CONFORT) et selon votre Age
- la cotisation pour l'adhésion à l'association UNIS (12€ par an - prélevé 1€ par mois) et les Frais de gestion Ma commune ma santé
- les taxes TSCA, forfait patientèle
- Frais de gestion de la Mutuelle (communiqué sur votre bulletin d'adhésion et sur votre échéancier chaque année

COTISATION GRATUITE A PARTIR DU 3eme ENFANT

ATTENTION **Les cotisations sont par tranche d'âge, le changement s'effectue dans le mois de votre anniversaire**.

PRESTATIONS

Les prestations garanties

Par prestation garantie, il faut entendre d'une part le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux en complément du régime de Sécurité Sociale et d'autre part les forfaits indiqués dans les tableaux des garanties ci-dessous.
Le paiement des frais de soins de santé a lieu en France et est réalisé en Euros.

Montant maximum d'indemnisation

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant en charge de l'adhérent, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Délais de forclusion des prestations

Les demandes de prestation doivent, sous peine de forclusion, être présentées à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans à compter du remboursement Sécurité Sociale ou de la date des soins s'il n'y a pas de remboursement, et sur production de justificatifs.

Transmission des remboursements pour vos frais de santé

Vous transmettez vos feuilles de soins à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie qui remboursera la partie obligatoire. Celle-ci informera simultanément par télétransmission la Mutuelle qui effectuera les remboursements complémentaires.
Si vous réglez une partie de vos soins vous devez transmettre votre facture à la mutuelle pour remboursement.

Echanges Noémie

- ⇒ La Mutuelle procède à des Echanges de Données Informatisées (EDI) avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie et règle sa participation complémentaire sous 48 heures, après remboursement de la Sécurité Sociale, sans envoi de décompte de la part de l'adhérent (Réseau NOEMIE).
- ⇒ Si un adhérent ne souhaite pas bénéficier de la télétransmission définie ci-dessus, le règlement de la Mutuelle intervient sur présentation du décompte de remboursement de la Sécurité Sociale accompagnés des justificatifs. Dans ce cas, le règlement de la Mutuelle intervient dans un délai estimé de 8 jours, après réception du dossier complet dans les services.

Formalités de règlement des prestations

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces et justificatifs originaux suivants :

- ⇒ le décompte original des prestations en nature établi par l'organisme gestionnaire du régime obligatoire d'assurance maladie ou par télétransmission, sauf opposition écrite de l'adhérent,
- ⇒ toute pièce justificative des dépenses réelles « notes d'honoraires, facture détaillée établie sur papier à entête du praticien ou de l'établissement revêtue de sa signature et portant mention des noms, prénoms, numéro de sécurité sociale de l'adhérent ou du bénéficiaire ainsi que la date des soins».
- ⇒ Le remboursement des frais sera suspendu à compter du jour ou l'intéressé ne remplira plus les conditions prévues par le présent contrat.

Versement et Mode de remboursement des prestations

Les prestations garanties sont servies dans un délai maximum de 8 jours ouvrés à la réception des décomptes. Elles sont versées directement aux intéressés par virement bancaire.
Le remboursement des prestations intervient par virement bancaire au profit du compte de l'adhérent ou du bénéficiaire des soins. Le décompte correspondant est adressé à son attention à son domicile.
La Mutuelle est subrogée de plein droit aux assurés victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables et ce, dans la limite des dépenses supportées.

Frais

Lorsque le mode de paiement choisi par l'adhérent donne lieu à perception de frais ou de taxes, ceux-ci sont déduits du montant des prestations. Les pièces justificatives nécessaires à la condition du dossier sont à la charge du bénéficiaire.

Ticket Modérateur

Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie. Son taux varie en fonction des actes et médicaments, de votre situation, et du respect ou non du parcours de soin coordonné. Votre complémentaire santé peut prendre en charge tout ou une partie du montant du ticket modérateur. Ne pas oublier de nous fournir les factures.

[1] Le **terme** à **échoir** signifie que l'on paie avant d'avoir bénéficié des prestations, à la différence du **terme** échu. **Terme** à **échoir** signifie donc payer d'avance.

Les risques exclus

Sont exclus les dépenses de santé non prises en charge par la sécurité sociale et Hors Nomenclature à moins qu'elles ne soient expressément notifiées au contrat souscrit.

Tarif de responsabilité

Le tarif de convention ou tarif d'autorité détermine un prix fixé entre professionnels de santé et Caisse nationale d'assurance maladie. Pour chaque acte médical, Il existe un tarif de convention sur lequel est calculé le remboursement de la Sécurité Sociale et des assurances complémentaire santé. Vous trouverez sur *www.ameli.fr,* dans l'espace Professionnel, le tarif pour chaque acte conventionné.

Parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonné a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins.

Son respect conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé. A défaut, les patients s'exposent à des majorations financières.
Le médecin traitant doit être déclaré par les assurés sociaux auprès de leur organisme gestionnaire d'assurance maladie.

Les assurés ont le libre choix de leur médecin traitant et peuvent désigner, avec son accord :

- un médecin généraliste ou un médecin spécialiste (dans le cadre d'un suivie pour une ALD);
- un médecin exerçant en secteur libéral ou dans un établissement de santé.

Le choix de l'assuré peut s'effectuer à tout moment. Il peut également être modifié à tout moment

Le patient est dans le parcours de soins dans les cas suivants.

⇒ S'Il consulte son médecin traitant.

⇒ S'Il consulte un autre médecin, désigné "médecin correspondant", à la demande de son médecin traitant :

- pour un avis ponctuel : le médecin correspondant ne donne pas de soins continus et laisse au médecin traitant le soin de surveiller l'application de ses prescriptions ;
- pour des séquences de soins nécessitant l'intervention de plusieurs spécialités différentes pour une même pathologie. Ces séquences identifient les spécialités et les consultations d'accès direct (sans passage préalable par le médecin traitant).
- pour des soins itératifs :
  - dans le cadre d'un plan de soins, convenu entre les deux médecins
  - dans le cadre d'un protocole de soins lorsque le patient est en affection de longue durée (ALD).

Dès lors qu'il respecte le plan ou le protocole de soins, le patient peut s'adresser directement au médecin correspondant sans passer par le médecin traitant.

***NB** : Pour éviter tout retard dans la prise en charge à 100% du patient nécessitant des soins au titre d'une ALD, le protocole de soins peut être élaboré par le praticien hospitalier, que le patient ait ou non désigné un médecin traitant.*
Le patient est exonéré du ticket modérateur pour une durée de 6 mois et doit mettre à profit cette période pour faire établir un protocole de soins par son médecin traitant, qu'il l'ait déjà choisi ou qu'il doive encore le faire. A l'issue de cette période de 6 mois, s'il n'a pas pu effectuer ces démarches, cette procédure dérogatoire est renouvelée.

⇒ S'Il consulte un médecin en cas d'urgence médicalement constatée.

⇒ S'Il consulte un médecin de l'une des spécialités suivantes au sein d'un établissement de santé :

- Gynécologie médicale et obstétricale ;
- Ophtalmologie ;
- Psychiatrie ou neuropsychiatrie si vous avez entre 16 et 25 ans
- Un stomatologue, pour les actes bucco-dentaires (soins, soins chirurgicaux, prothèses dentaires, traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale).

⇒ S'Il consulte un médecin dans le cadre d'une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre la toxicomanie.

⇒ S'Il consulte un médecin en vue de la vaccination contre la fièvre jaune.

⇒ S'Il est hors de sa résidence habituelle (vacances par exemple).

⇒ S'Il consulte un médecin de remplacement, son médecin traitant étant indisponible.

Le médecin consulté doit procéder à un retour d'information vers le médecin traitant du patient.

Le non-respect du parcours de soins coordonnés expose le patient à des **majorations tarifaires** et à des **majorations du ticket modérateur**.
Ces majorations ne sont pas prises en charge par les organismes complémentaires dans le cadre des contrats responsables et concernent tous les assurés sociaux et leurs ayants droit, y compris les bénéficiaires de la CMU et de la CMUc et les bénéficiaires d'exonération de ticket modérateur (cf article L.322-3 du code de la sécurité sociale en annexe).

Contrat de mutuelle Responsable et Solidaire 2020 : définition, application et frais de santé pris en charge

Qu'est-ce qu'un contrat de mutuelle « responsable » ?

Un contrat responsable, comme son nom l'indique, a pour objectif principal de responsabiliser le patient sur ses dépenses de santé. Ainsi, les complémentaires santé « responsables » doivent respecter un cahier des charges dicté par le gouvernement. Concrètement, cela signifie que certains remboursements sont obligatoires, d'autres interdits ou plafonnés par la loi. Par ailleurs, des garanties plancher, à savoir minimales, ont été instaurées. La mutuelle ne peut alors pas rembourser en-deçà de ces paliers.
Le montant de cotisation n'est pas fixé en fonction de l'état de santé des personnes couvertes. Les mutuelles ne peuvent pas collecter les infos de type médical (questionnaire de santé interdit).

Quel est l'objectif du gouvernement ?

La notion de contrat responsable est issue de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. L'objectif de cette loi était de mieux encadrer les dépenses de santé des Français afin de limiter le déficit de la Sécurité sociale, le fameux « trou de la Sécu ».
En parallèle de la mise en place du parcours de soins coordonnés autour du médecin traitant, de franchises et de la participation forfaitaire d'un euro, a ainsi été créée la notion de contrat responsable. Celui-ci consiste principalement à inciter les patients à respecter le parcours de soins coordonnés afin d'être mieux remboursé.

Ainsi, si un assuré consulte un spécialiste (hors pédiatre, gynécologue, ophtalmologue et dentiste) sans avoir été dirigé vers lui par son médecin traitant, les éventuels dépassements d'honoraires ne seront pas pris en charge par sa mutuelle responsable. Pour être correctement remboursé, l'assuré doit donc laisser au placard ses mauvaises habitudes, comme la consultation de multiples spécialistes sans passer par son généraliste.
Plus largement, le but est d'inciter le patient à un comportement vertueux en matière de santé, y compris si ce dernier possède une mutuelle santé qui complète les remboursements de la Sécurité sociale. A terme, le gouvernement espère que cette réforme fera baisser le coût des dépenses de santé en se basant sur la logique suivante : plus les complémentaires santé remboursent les frais de santé des assurés, plus les prix grimpent et plus se soigner revient cher. Le gouvernement compte ainsi inverser cette tendance.

Quels sont les contrats concernés ?

Tous les contrats de complémentaire santé sont impactés par ce statut : individuels et collectifs. Comme la notion de contrat responsable est directement liée aux dépenses de santé, elle ne s'applique qu'aux mutuelles. Les contrats d'assurance auto ou habitation ne sont donc pas concernés par ce statut.
Précision importante, en aucun cas, une compagnie d'assurance n'est obligée de proposer des complémentaires santé responsables. Toutefois, le législateur pousse les professionnels à proposer quasi exclusivement ce type de contrat par des incitations fiscales et sociales : pour les contrats collectifs d'entreprise, une exonération de charges sociales sur la cotisation de l'employeur, la possibilité pour le salarié de déduire de son revenu imposable sa part de cotisations à la mutuelle et la baisse du taux de la taxe sur les contrats d'assurance responsables à 7%, contre 14% pour les contrats non responsables.

C'est pourquoi plus de 90% des contrats de complémentaires santé sont responsables.

Que couvre un contrat responsable ?

L'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 définit les planchers et les plafonds de garanties que doivent respecter les « contrats responsables ».

Systématiquement, une mutuelle santé responsable doit prendre en charge :
Sous réserve des exceptions listées ci-dessous et des périodicités de prise en charge, les garanties des contrats responsables **couvrent à titre obligatoire l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (couramment dénommés tarif de responsabilité ou tarif opposable)** pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par cette dernière.

Parmi les postes de soins couverts obligatoirement au titre du ticket modérateur, figurent notamment :

- Les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé ;
- Les médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 65% ;
- Les honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance (visés au 11° du R. 160-5 du code de la sécurité sociale) ou avec un médicament dont le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge ;
- Les soins dentaires y compris les soins d'orthopédie dento-faciale et les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée (panier dit 100% santé) ou non ;
- Les frais d'acquisition des équipements d'optique médicale à prise en charge renforcée (panier dit 100% santé) ou non ;
    - *Deux verres unifocaux : Minimum : 50€ - Maximum : 420€ dont 100€ au maximum pour la monture*
    - *Deux verres unifocaux complexe : Minimum : 125€ - Maximum : 560€ dont 100€ au maximum pour la monture*
    - *Un verre unifocal et un verre multifocal Minimum : 125€ - Maximum : 610€ dont 100€ au maximum pour la monture*
    - *Un verre unifocal complexe et un verre multifocal complexe Minimum : 200€ - Maximum : 700€ dont 100€ au maximum pour la monture*
    - *Un verre unifocal très complexe et un verre multifocal très complexe Minimum : 200€ - Maximum : 750€ dont 100€ au maximum pour la monture*
    - *Deux verres multifocaux très complexes Minimum : 200€ - Maximum : 800€ dont 100€ au maximum pour la monture*
- La prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique ;
- Les frais d'acquisition des aides auditives à prise en charge renforcée ou non, y compris les consommables, piles ou accessoires, pris en charge par la sécurité sociale.
- **L'intégralité du ticket modérateur** sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire de 24 euros, prévue au I de l'article R. 160-16 du code de la sécurité sociale, et sur les consultations et actes externes des établissements de santé ;
- **L'intégralité du forfait journalier hospitalier** mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Par exception, la prise en charge du ticket modérateur n'est pas obligatoire pour les frais de cure thermale, pour les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% et pour les spécialités et les préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques).

La majoration de la participation de l'assuré, tout comme les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins, ne peuvent être pris en charge au titre des contrats responsables.

Et les remboursements au-delà du ticket modérateur ?

La Prise en charge est encadrée lorsque le contrat offre des garanties supérieures au ticket modérateur en matière de dépassements d'honoraires médicaux, ainsi que d'équipements d'optique médicale ou d'audiologie autres que 100% santé.

Les garanties du contrat peuvent prévoir, dans les limites présentées ci-dessous, une prise en charge des dépenses de santé de l'assuré au-delà du ticket modérateur lorsque les honoraires, les tarifs ou les prix de vente peuvent excéder le tarif de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Médecin adhérent et non adhérent à l'OPTAM

1) **Plafonnements de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)**

   Si le contrat propose la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé **(OPTAM et OPTAM-co**) prévu par la convention nationale médicale, cette prise en charge est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :
   - la prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100% du tarif opposable ;
   - elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-co), en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée).

Ces limites s'appliquent à tous les dépassements d'honoraires facturés par les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée et couverts par une garantie du contrat. Le contrat peut prévoir que seuls les dépassements d'honoraires facturés au titre de certains actes techniques et cliniques font l'objet d'une prise en charge.

Ces limites s'appliquent que le médecin soit conventionné ou non avec l'assurance maladie obligatoire. Dans l'hypothèse où le médecin n'est pas conventionné avec cette dernière, la base de remboursement qui sera retenue est celle du tarif d'autorité.

Exemple :
Pour la consultation d'un spécialiste dans le cadre du parcours de soins mais n'adhérant pas à l'OPTAM, l'Assurance maladie rembourse sur une base de 25 euros.
Le taux de remboursement est de 70%, soit 17,50 euros (70% x 25 euros) moins un euro de participation forfaitaire, soit 16,50 euros.
De son côté, la mutuelle ne peut prendre en charge au-delà de 125% du tarif de la Sécu, soit : 125% x 25 euros = 31,25 euros. Au mieux, le patient sera donc couvert à hauteur d'une quarantaine d'euros, quel que soit le tarif de la consultation.

D'une manière générale, le remboursement doit impérativement être inférieur à celui des dépassements d'honoraires des professionnels adhérents à l'OPTAM.

Un contrat qui couvrirait uniquement la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ne pourra être qualifié de « contrat responsable ».

2) **Le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée prévu par la convention nationale médicale ne fait en revanche pas l'objet d'un plafonnement.**

   À l'inverse, si le médecin a adhéré à l'OPTAM, qui limite le montant de ses dépassements d'honoraires, il n'existe aucune limite de prise en charge par la mutuelle santé. Cela permet ainsi d'assurer un meilleur remboursement des soins aux patients.

Il est à noter que les tarifs des soins prothétiques dentaires ou d'orthopédie dento-faciale fixés par entente directe par les médecins stomatologues au-delà du tarif de responsabilité ne constituent pas des dépassements d'honoraires plafonnés au sens des contrats responsables.

Les dépenses d'Optique, Dentaire et d'Aides auditives

1) **Prise en charge des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements du panier de soins 100% santé**

   Les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit 100% santé :
   - **en optique médicale** dans la limite des prix limites de vente des montures et des verres de classe A (panier dit 100% santé) fixés par la liste des produits et prestations (LPP)[2] mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge dans la limite du prix limite de vente, déduction faite de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;
   - **en audiologie**, dans la limite des prix limites de vente des aides auditives de classe I (panier dit 100% santé) fixés par la LPP ;
   - **pour les soins prothétiques dentaires** à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.

[2] La LPP est la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie. Il s'agit notamment des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements, des orthèses et prothèses externes, des dispositifs médicaux implantables et des véhicules pour handicapés physiques

2) Encadrement de la prise en charge en sus des tarifs de responsabilité des équipements d'optique médicale, des aides auditives et des prothèses dentaires autres que 100% santé

a) Prise en charge maximale des équipements d'optique médicale composés de verres ou d'une monture autres que 100% santé

Si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'un équipement composé d'une monture et de verres soumis au remboursement de classe B (autres que 100% santé), alors des planchers et des plafonds doivent être respectés par le contrat.

Ces planchers et plafonds s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement. Dans ce cas, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente. Si le contrat alloue spécifiquement, au sein des garanties optiques, des forfaits dédiés à une composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge de chacune des composantes s'effectue dans la limite de ces garanties.

Lorsque l'assuré fait un achat dissocié des composantes de son équipement, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond qui s'applique.
Dans tous les cas, les plafonds intègrent la couverture de la monture qui est limitée à 100 euros au sein du remboursement de l'équipement global. Ils n'incluent pas les tarifs de responsabilité de la prestation d'appairage facturée pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents, du supplément pour les verres avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur réalisée par l'opticien.

Les planchers et les plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

b) Prise en charge maximale des aides auditives autres que 100% santé

Si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'une aide auditive de classe II soumise au remboursement autres que 100% santé, alors le contrat doit respecter un plafond de prise en charge de 1700 euros par aide auditive.
Le plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Le plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

c) Prise en charge des soins dentaires et des prothèses dentaires autre que le 100% santé

La convention nationale des chirurgiens-dentistes a été conclue le 21 juin 2018 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et, d'autre part, la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) et l'Union dentaire (UD), ainsi que l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam). Elle a été approuvée par arrêté du 20 août 2018 et publiée au Journal officiel du 25 août 2018.
Cette convention vise à rééquilibrer, dans la durée, l'activité des chirurgiens-dentistes dans le sens d'une valorisation des actes conservateurs et d'une stratégie fondée sur la prévention et l'accès aux soins dentaires, ainsi que le plafonnement des prothèses dentaires dans le panier modéré.

3) Périodicité de renouvellement des équipements d'optique médicale et des aides auditives

Le remboursement par l'assurance maladie obligatoire est limité aux périodicités de prise en charge prévues notamment par la LPP et la classification commune des actes médicaux. S'agissant plus spécifiquement des équipements d'optique médicale et des aides auditives, ils connaissent une périodicité minimale de renouvellement de leur prise en charge qui diffère selon certaines conditions.

Les équipements d'optique médicale du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé

Sous réserve des dérogations listées ci-dessous, les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- Par période de deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus ;
- Par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans ;
- Par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées au VIII.2 du chapitre 2 du titre II de la LPP, à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue.

Par dérogation, la période d'un an n'est pas opposable aux jeunes de moins de 16 ans, pour les verres, en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

Ces dispositions s'appliquent à compter du 1er janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au cours des périodes susmentionnées.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'organisme complémentaire doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de lui par l'assuré concerné.

Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements, sur la période correspondant à son cas, corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement…).

Les aides auditives du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé

Les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Ces dispositions s'appliquent à partir du 1er janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'organisme complémentaire doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge durant ladite période au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de lui par l'assuré concerné.

Les actes de prévention

En plus de ces prises en charge, un contrat responsable doit également couvrir à minima deux actes de prévention chaque année, comme ;

- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximums ;
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit ;
- Dépistage hépatite B ;
- Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans ;
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ;

Ce qui n'est jamais pris en charge

Si les contrats responsables obéissent à des contraintes en matière de remboursements, certaines dépenses de santé sont interdites de prise en charge par la loi. Ainsi, sont exclus du champ de couverture des mutuelle santé responsables :

Conformément au dispositif contrat responsable, ne sont pas pris en charge :

⇒ **La participation forfaitaire de 1 €,** prévue à l'article L.322-2 II du Code de la Sécurité sociale, mise à la charge de chaque assuré social, pour chaque acte ou consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin,

- **À l'exclusion** des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation, et pour tout acte de biologie médicale.
- Cette participation est plafonnée à 4 €, lorsque, pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours de la même journée.

⇒ **Les franchises médicales** laissées à la charge de l'assuré social, d'un montant de :

- 50 centimes, par unité de conditionnement de médicament, à l'exclusion des médicaments délivrés dans le cadre d'une hospitalisation. Lorsque le médicament est délivré au détail, ce montant s'applique par médicament prescrit.
- 50 centimes, par acte effectué par un auxiliaire médical soit en ville soit dans un établissement ou un centre de santé,
  À l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation.
  Le montant total de la franchise supportée par l'assuré social est plafonné à 2 € par jour pour les actes effectués par un auxiliaire médical
- 2 € par transport sanitaire, effectué en ambulance comme en taxi, à l'exception des transports d'urgence, et plafonné à 4 € par jour pour les transports sanitaires, dans le cas de plusieurs actes ou transports effectués au cours d'une même journée.

⇒ **La majoration** de la participation de l'assuré lorsqu'il consulte un médecin libéral en dehors du parcours de soins coordonnés, autrement dit sans prescription de son médecin traitant. Ainsi, pour la consultation d'un généraliste qui n'est pas votre médecin traitant la Sécu ne remboursera qu'à hauteur de 30% sur une base de 25 euros au lieu de 70%. C'est cette différence de prise en charge qui n'est pas couverte par la complémentaire santé

⇒ Les dépassements d'honoraires des médecins libéraux si le parcours de soins coordonnés n'est pas respecté, exception faite des gynécologues, ophtalmologues, psychiatres (16-25 ans) et stomatologues qui peuvent être consultés sans passer par le médecin traitant.

Le total des participations forfaitaires par acte ne peut être supérieur à 50 € par année civile (valeur au 01/01/2010).

Le montant de chacune des franchises ainsi prélevées ne peut excéder le montant de la différence entre le tarif servant de base au calcul des prestations et celui de la contribution forfaitaire. S'il y a lieu, le montant de la franchise est réduit à due concurrence.

Les montants et plafonds ci-dessus indiqués sont susceptibles d'évoluer en fonction de la législation et réglementation en vigueur. Ainsi, toute contribution forfaitaire, franchise, majoration de participation ou autre mesure dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ne sera pas remboursée au titre du présent contrat.

Services aux Adhérents

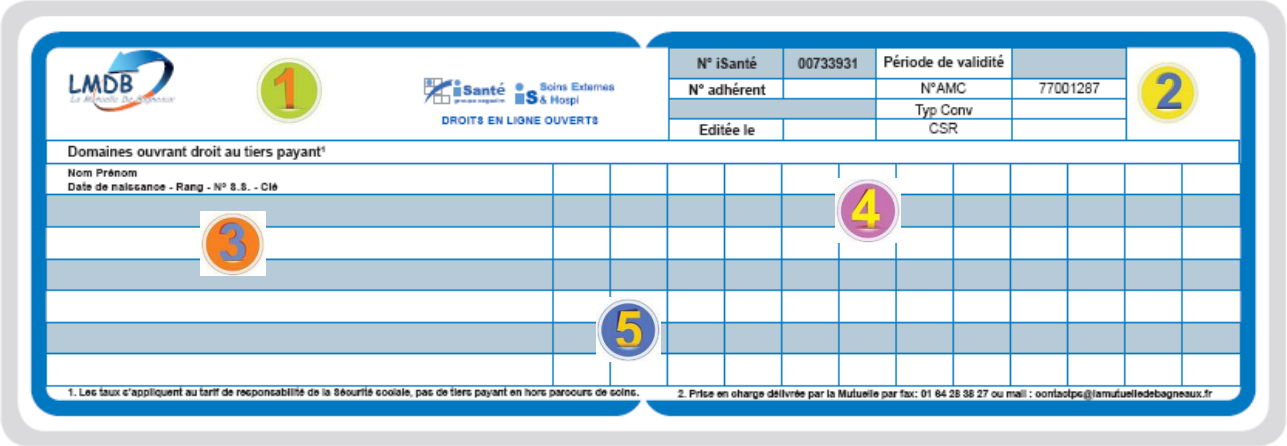
La notice ci-descriptive des garanties et des cotisations prévues seront remis à chaque membre participant à son inscription. Les statuts, le règlement de la Mutuelle sont à télécharger sur notre site internet dans l'espace adhérent http://www.lamutuelledebagneaux.fr.

Carte Mutualiste

Dans le cadre de ce dispositif plus de 200 000 professionnels de santé ont déjà choisi de faire confiance à ISANTE sur l'ensemble du territoire, permettant ainsi un maillage optimal tant au niveau géographique que sur les différents segments de l'offre de soins.

Près de 7 millions d'assurés bénéficient des services proposés dans le cadre du tiers payant iSanté, marque de tiers payant du groupe Cegedim et compte plus de 3600 collaborateurs dans 11 pays. Fondée en 1969, Cegedim est une entreprise mondiale de technologies et de services spécialisée dans la gestion des flux numériques de l'écosystème santé, ainsi que dans la conception de logiciels métiers destinés aux professionnels de santé et de l'assurance.

En outre, une nouvelle carte d'adhérent intégrant les nouvelles indications techniques va vous être adressée pour que les professionnels de santé, qui ont tous été par ailleurs prévenus de ces changements, puissent continuer à appliquer le tiers-payant sans difficulté.



1 **Partenaires pratiquant le tiers payant**

2 **Informations administratives**

- **Numéro de télétransmission** ISanté (Code utilisé par le professionnel de santé pour déclencher la prise en charge du tiers payant pour La mutuelle, auprès d'ISanté).
- **Numéro AMC** (Numéro attestant de l'inscription de la mutuelle dans l'annuaire inter-organismes d'assurance Maladie Complémentaire (AMC)).
- **Validité de la carte** (Période d'ouverture des droits du membre participant et de ses ayants droit).

3 **Information adhérent et ayants droit** Zone détaillant les données personnelles de l'adhérent et de ses ayants droit :

- Nom, prénom et date de naissance
- N° de sécurité sociale
- Nom de la garantie

4 **Actes bénéficiant du tiers payant** (En-têtes de colonne correspondant à la nature des prestations prises en charge. Leur signification est disponible au verso de la carte). L'inscription 100% signifie que vous bénéficiez du tiers payant auprès des professionnels de santé concernés à hauteur de 100% de la base de remboursement du régime Obligatoire.

5 **Prise en charge (Optique, Audio, Dentaire)** actes nécessitant un devis émis directement par le professionnel de santé. Afin d'éviter d'avancer le montant de vos remboursements auprès de ces professionnels de santé.

6 **Au verso,** un glossaire des codifications utilisées et un mémo des points de contact avec La mutuelle de Bagneaux facilitent l'utilisation de la carte et de la mutuelle.

Les adhérents bénéficient, sur présentation de leur carte mutualiste, des accords de TIERS PAYANT ci-dessous :

TIERS PAYANT PHARMACEUTIQUE

Les adhérents peuvent bénéficier de l'obtention des médicaments, sans avance d'argent, dans la quasi-totalité des pharmacies.
Au cas où vous choisiriez de régler le pharmacien, n'oubliez pas de joindre La facture du pharmacien pour remboursement.
Documents à présenter au Pharmacien : Carte de Sécurité Sociale et Carte de Mutuelle en cours de validité.

TIERS PAYANT MEDICAL

Il permet l'accès aux soins sans avance d'argent (consultations généralistes et spécialistes, dentaire, radiologie, etc…). Il est pratiqué dans les établissements de soins mutualistes et ceux avec lesquels la Mutuelle dispose de conventions directes ainsi qu'en soins externes auprès des Hôpitaux de Paris – Assistance Publique.

Sur demande du professionnel de santé la mutuelle délivrera "UNE PRISE EN CHARGE" pour l'Optique, L'acoustique et le dentaire. Pour les hospitalisations dans les établissements publics ou privés conventionnés de toute la France, la Mutuelle délivrera à la demande de l'adhérent "UNE PRISE EN CHARGE" des frais hospitaliers, du forfait journalier et de la chambre particulière s'il y a lieu, afin d'éviter aux Mutualistes l'avance de fonds.

Le Tiers Payant gros risques (dentaire, optique, acoustique, appareillage) sont géré par le bureau de la Mutuelle de Bagneaux

Les réalisations sanitaires et sociales mutualistes

Sont à votre disposition à Paris et en Région Parisienne les :

- ⇒ Centres d'optique,
- ⇒ Centres de santé dentaire,
- ⇒ Centres de santé médicaux : imagerie médicale, diagnostic et exploration fonctionnelle,
- ⇒ Centres de correction auditive,
- ⇒ Cliniques.

Vous pouvez trouver les adresses et le téléphone des centres Mutualistes sur ce site internet :
http://www.mutualite.fr/Trouver-un-service-de-sante

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les données concernant le membre participant (ou, le cas échéant, ses ayants droit), pourront être utilisées par la mutuelle afin d'alimenter ses fichiers internes destinés à la gestion et au suivi de l'adhésion. Ces informations pourront être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat.
Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004, le membre participant (ou, le cas échéant, ses ayants droit), dispose d'un droit d'opposition fondé sur des motifs légitimes d'un droit d'accès et de communication ; d'un droit de rectification avec possibilité de compléter, mettre à jour ou verrouiller ; d'un droit de modification et de suppression des données le concernant.

Ces droits peuvent être exercés à l'adresse suivante : MUTUELLE DE BAGNEAUX - 67- 69 rue du Gâtinais - 77167 Bagneaux sur Loing Ou par email : mesdonnées@lamutuelledebagneaux.fr

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique des données de sante à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au membre participant (ou, le cas échéant, aux ayants droit), selon son choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L.1 111-7 du Code de la Sante Publique.

SERVICE Divers

ASSISTANCE A DOMICILE

assistance

24 h / 24 - 7 j/ 7
09 77 40 85 36

BROCHURE A TELECHARGER SUR NOTRE SITE
WWW.lamutuelledebagneaux.fr dans votre espace adhèrent

Rejoignez nous sur facebook
cliquez sur J'aime

Retrouvez-nous sur Facebook pour suivre toute notre actualité et nos infos.

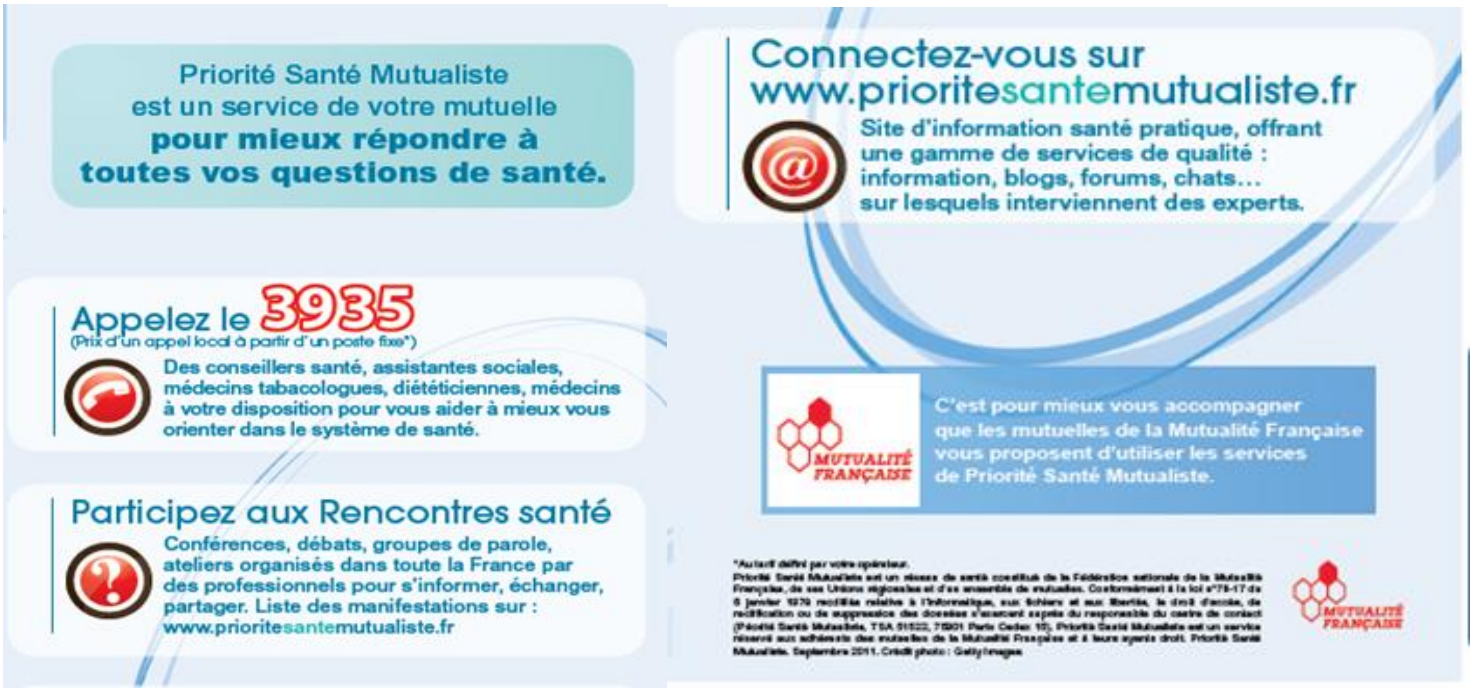
Téléconsultation Medaviz

Service de téléconsultation médicale à distance gratuit pour tous.
Ce service est agréé par l'Agence Régionale de Santé !
Vous pouvez joindre le professionnel de santé **Medaviz** de votre choix, parmi 30 spécialités.

Numéro 09 73 03 02 66 **(numéro non surtaxé)**

BROCHURE A TELECHARGER SUR NOTRE SITE
WWW.lamutuelledebagneaux.fr dans votre espace adhèrent

PRIORITE SANTE



Votre Code d'accès
Priorité Santé
Réservé à notre Mutuelle
6576

Comment lire une grille de remboursements d'une mutuelle

Bien souvent, les garanties ne sont pas exprimées de la même manière. Différents sigles sont utilisés, les postes de santé ont des appellations différentes et les remboursements peuvent être exprimés aussi bien en taux de remboursement que sous la forme de forfaits par exemple. Le poste optique est le plus souvent présenté en euros.

Quelques exemples de sigles fréquemment utilisés :

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 311 € pour 2018) il est modifié au 1er janvier de chaque année
PASS : Plafond annuel de la Sécurité sociale (39 732 € pour 2018)
BR : Base de remboursement Sécurité Sociale
TC : Tarif de convention Sécurité Sociale
TA : Tarif d'Autorité Sécurité Sociale
BRSS : Base de Remboursement Sécurité sociale
FR : Frais réel
RO : Régime obligatoire
RC : régime complémentaire (mutuelle)
TM : ticket modérateur

Voici les éléments à bien regarder :

1. Décryptez les sigles

Les garanties des mutuelles peuvent être exprimées :

- **En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale** (100% BR ou 200 % BRSS) ou en pourcentage des tarifs (tarifs d'Autorité, de Convention ou de Responsabilité…)
  Votre contrat santé vous rembourse sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale. La Base de Remboursement est un tarif servant de référence au Régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Ainsi, quelles que soient vos dépenses, la Sécurité sociale et votre complémentaire vous remboursent sur la base de ce tarif, et non sur vos dépenses réelles.
  Selon le type de consultation, d'acte, de produit, ou de prestation médicale, la Sécurité sociale vous rembourse entre 80 % et 60 %, et votre contrat santé le complément.
  Pour les consultations, il faut soustraire 1 € de participation forfaitaire, qui ne peut être pris en charge ni par la Sécurité sociale, ni par votre complémentaire dans le cadre du contrat responsable.
- **En Forfait en euros** Les remboursements forfaitaires (montant en € + RRO/an)
  Pour certaines prestations, votre tableau de garanties indique des montants forfaitaires annuels. Dans ce cas, le calcul de remboursement s'effectue de la manière suivante :
  - ✓ pour une dépense santé, la Sécurité sociale vous rembourse une somme appelée le RRO (Remboursement Régime Obligatoire),
  - ✓ votre contrat santé la complète jusqu'à hauteur de la somme forfaitaire garantie.

  Si la dépense est inférieure à la somme forfaitaire garantie ajoutée au RRO, vous serez intégralement remboursé et il vous restera une partie de ce forfait annuel qui pourra être utilisé pour le remboursement de vos nouvelles dépenses.
  Votre contrat santé rembourse aussi, à hauteur du montant forfaitaire en euros indiqué dans le tableau des garanties, certains actes non pris en charge par la Sécurité sociale comme la chirurgie de la myopie ou les implants dentaires.
- **En pourcentage de PMSS et PASS** (même règle qu'en forfait)

2. Commencez par déterminer si le remboursement s'effectue en complément du remboursement de la Sécurité sociale ou s'il l'intègre

Le principe d'une complémentaire santé est de compléter les remboursements des régimes obligatoires (Sécurité sociale, RSI, MSA, Alsace-Moselle etc…).
Ces remboursements s'effectuent, pour chaque acte, selon une base de remboursement (ou tarif de convention) fixée entre les professionnels de santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Chaque régime obligatoire utilise cette base de remboursement pour déterminer la part qu'il vous rembourse et celle qui reste à votre charge.

⇨ **Ainsi, lorsque les mutuelles présentent leurs garanties sous forme de tableau,**
Elles peuvent choisir de présenter leurs niveaux de remboursement de deux manières :

- soit en complément des prestations de la Sécurité sociale,
- soit sous déduction des prestations de la Sécurité sociale. Dans ce dernier cas, les prestations de la Sécurité sociale sont incluses dans le remboursement présenté par la mutuelle.

Pour connaître les taux de remboursements de votre régime obligatoire, consultez wwwamelie.fr.

3. Comprendre les différentes manières de présenter un poste et les soins qu'il regroupe

Les postes principaux sont :

- Le poste « **Soins courants** » aussi appelé « **Maladie** », « **Frais médicaux** » ou « **Soins de ville** » comprend en général les consultations chez un médecin généraliste ou un spécialiste (professionnels de santé conventionnés), les analyses médicales, l'imagerie médicale, les soins pratiqués par les auxiliaires médicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie).
- Le poste **«** **Pharmacie** » peut être inclus dans les soins courants mais peut également donner lieu à un poste à part entière. Il présente les différents types de vignettes prises en charge (bleue, blanche, orange) et éventuellement les médicaments non remboursés (NR) et l'automédication (sans ordonnance).
- Le poste « **Hospitalisation** » regroupe notamment les frais de séjour, les honoraires des professionnels de santé, le forfait journalier, la franchise médicale, les transports sanitaires pris en charge par la Sécurité sociale, une éventuelle prise en charge de la chambre particulière lors d'une hospitalisation, les frais accompagnants et le remboursement de la télévision.
- Le poste « **Dentaire** » prend en compte les soins (détartrage, traitement d'une carie…), les prothèses dentaires, l'orthodontie, et parfois certaines prestations non remboursées par la Sécurité sociale comme les implants et la parodontologie.
- Le poste « **Optique** » inclut les dépenses en lunettes (monture + verres), les lentilles de contact et éventuellement la chirurgie oculaire (le plus souvent l'opération de la myopie par laser), (la kératotomie).
- D'autres postes comme les « **Prothèses médicales** » prothèses auditives, prothèses capillaire, prothèse mammaire etc… aussi appelé « **Appareillage** » petit et grand pansements, cannes, lit médicalisés, fauteuils roulants etc…),
- Les postes « **Prévention** », « **Prévoyance** » ou « **Médecine douce** », comme l'ostéopathie, la chiropractie, la réflexologie, les séances de psychologie, la sophrologie ou encore l'automédication ou les vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base, peuvent se regrouper dans le poste « Prévention » ou « Médecine douce » mais ils peuvent également faire l'objet d'un « pack optionnel » supplémentaire.
- Le poste « **Cure thermale** » viennent compléter les autres postes.

VOS PRESTATIONS à suivre……