

FRAIS MEDICAUX CHEFS D'ENTREPRISE

PRESTATIONS ET GARANTIES M.B.T.P.S.E	
CHIRURGIE/HOSPITALISATION MEDICALE	
• Hôpitaux publics ou Cliniques conventionnées :	Complément à 100 % des frais réels*. Prise en charge du forfait sur la base de sa valeur fixée au 1er janvier de l'année en cours
• Cliniques non conventionnées :	. Frais de séjour : complément à 100% des frais réels dans la limite de 10 % PMSS par jour. . Honoraires : 100 % des frais réels
• Hospitalisation à l'étranger :	. Frais de séjour et honoraires : complément dans la limite de 20 % PMSS par jour
Chirurgie de la vue :	. 14 % PMSS par œil
Forfait de 18 € pour les soins supérieurs à 91 €	100 %
SOINS EXTERNES (dans les hôpitaux publics)	100 % TM
FRAIS D'ACCOMPAGNANTS	0,60 % PMSS/jour pendant l'hospitalisation d'un enfant de moins de 15 ans
CONSULTATIONS/VISITES/ACTES DE DIAGNOSTIC RADIOLOGIE	
- Praticiens conventionnés	93 % RRO ou RSS
- Praticiens non conventionnés	
- Omnipraticien	0,50 % PMSS
- Spécialiste	1 % PMSS
- Neuropsychiatre	2 % PMSS
PHARMACIE	100 % TM
TRANSPORTS	100 % TM
OPTIQUE	
- Verres et lentilles cornéennes acceptées par la Sécurité Sociale	85 % de la différence entre les frais réels et le RSS ou RRO
- Monture	3 % PMSS par an et par bénéficiaire
- Lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale	4 % PMSS par an et par bénéficiaire
AUXILIAIRES MEDICAUX (analyses, massages, piqûres, appareillage)	100 % TM
PROTHESES AUDITIVES	
- bénéficiaire de moins de 20 ans	85 % RRO ou RSS
- bénéficiaire de 20 ans et plus	246 % RRO ou RSS
PROTHESES CAPILLAIRES et MAMMAIRES (prises en charge par la Sécurité Sociale)	
	4 % PMSS
SOINS DENTAIRES	
	71 % RRO ou RSS
PROTHESES DENTAIRES et ORTHODONTIE remboursées par la Sécurité Sociale	
	329 % RRO ou RSS
CURES THERMALES	
	10 % PMSS par an et par bénéficiaire
MATERNITE	
	- Allocation forfaitaire égale à 40 % PMSS au 31 décembre de l'année précédente. - Naissance gémellaire : Indemnité majorée de 50 % - Adoption : Allocation forfaitaire égale à 40 % PMSS au 31 décembre de l'année précédente versée pour l'adoption d'un enfant âgé de moins de 7 ans.

* Y compris dépassements d'honoraires et supplément chambre individuelle sans limitation de durée.

TM : Ticket modérateur : différence entre le tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale et son remboursement.
TC : Tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale : tarif déterminé sur lequel cet Organisme se base pour effectuer ses remboursements (il peut être inférieur aux frais engagés).

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale : 2.859 € en 2009 et 2.885 € en 2010
RSS : Remboursement de la Sécurité Sociale.
RRO : Remboursement du régime obligatoire.

GARANTIES

ADHESION - DATE D'EFFET

L'adhésion s'entend pour l'année civile en cours, et se renouvelle par tacite reconduction sauf dénonciation du fait de l'adhérent par lettre recommandée reçue par la Mutuelle avant le 1er novembre.

Elle prend effet au 1er jour du mois civil suivant la réception du bulletin d'adhésion.

Cependant, la date d'effet est fixée à la date :

- de départ de l'entreprise adhérente à l'un de nos régimes.
- ou à la date de radiation du régime maladie d'une autre Mutuelle (joindre un certificat de radiation) si le bulletin nous parvient dans le délai d'un mois.

FRANCHISE

Une franchise de 3 mois à compter de la date d'inscription est appliquée, sauf si l'adhésion à ce régime individuel est donnée moins d'un mois après la radiation de l'un de nos régimes maladie ou du régime maladie d'une autre Mutuelle (dans ce dernier cas sur présentation d'un certificat de radiation).

RESILIATION

L'adhérent peut demander sa résiliation à la date d'entrée dans un régime de groupe à adhésion obligatoire découlant de l'application de son contrat de travail.

La Mutuelle se réserve le droit de résilier le contrat de plein droit en cas de non-paiement de la cotisation trimestrielle.

PERSONNES GARANTIES

Moyennant cotisations sont garantis :

- l'adhérent,
- son conjoint non divorcé,
- à défaut la personne liée à l'adhérent par un pacte civil de solidarité (PACS)
- à défaut son concubin, sur production d'un certificat de concubinage.
- ses enfants à charge ou poursuivant des études et ce jusqu'au 31 décembre de l'année du 25ème anniversaire.

PRESTATIONS

Sauf indications contraires figurant dans le descriptif de vos garanties, nos remboursements de frais de santé sont accordés uniquement si la Sécurité Sociale a elle-même accordé sa participation.

Ils sont effectués dans la limite des frais engagés et déclarés à la Sécurité Sociale et sont conformes aux dispositions du code de la Sécurité Sociale relatives aux contrats "responsables". Par ailleurs les participations forfaitaires et les franchises ne sont pas prises en charge au titre de ce contrat.

Le droit aux prestations est prescrit dans un délai de deux ans à dater du jour de l'acte.

BON DE PRISE EN CHARGE (TIERS-PAYANT)

En cas d'hospitalisation avec ou sans chirurgie, la Mutuelle peut établir un bon de prise en charge permettant le règlement direct par la Mutuelle des frais d'hospitalisation dans la limite de sa participation.

PIECES A FOURNIR

Souvent, les décomptes sont directement transmis par la Sécurité Sociale (mention à vérifier sur les décomptes)

Dans le cas contraire seuls les originaux des décomptes du Régime Obligatoire ou de la Sécurité Sociale sont retenus pour effectuer les remboursements complémentaires. Il en est de même pour les notes d'honoraires et factures exigées pour la chirurgie, l'hospitalisation, l'optique, la prothèse dentaire.

- pour la maternité :

Un acte de naissance ou la photocopie du livret de famille doit être fourni.

