

FRAIS MEDICAUX

Régime individuel des retraités et veuves d'allocataires

Alsace-Moselle

PRESTATIONS ET GARANTIES M.B.T.P.S.E.	
CHIRURGIE/HOSPITALISATION MEDICALE	
<ul style="list-style-type: none"> Hôpitaux publics ou Cliniques conventionnées : <i>à l'exclusion des centres de long séjour ou maisons de retraite médicalisées</i> 	Complément à 100 % des frais réels* Prise en charge du forfait hospitalier sur la base de sa valeur fixée au 1er janvier de l'année en cours
<ul style="list-style-type: none"> 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
<ul style="list-style-type: none"> Hospitalisation à l'étranger : 	Frais de séjour et honoraires : complément dans la limite de 20 % PMSS par jour
Chirurgie de la vue :	14 % du PMSS par œil
Forfait de 18 € pour les soins supérieurs à 91 €	100 %
SOINS EXTERNES (<i>dans les hôpitaux publics</i>)	100 % TM
CONSULTATIONS/VISITES/ACTES DE DIAGNOSTIC (acte en K)	
RADIOLOGIE	80 % RSS
- Praticiens conventionnés	
- Praticiens non conventionnés	0,5 % PMSS
- Omnipraticien	1 % PMSS
- Spécialiste	2 % PMSS
- Neuropsychiatre	
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
- 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 (<i>analyses, massages, piqûres, appareillage</i>)	100 % TM
PROTHESES AUDITIVES	
- bénéficiaire de moins de 20 ans	60 % RSS
- bénéficiaire de 20 ans et plus	250 % RSS
PROTHESES CAPILLAIRES et MAMMAIRES (<i>prises en charge par la Sécurité Sociale</i>)	4 % PMSS
SOINS DENTAIRES	60 % RSS
PROTHESES DENTAIRES et ORTHODONTIE remboursées par la Sécurité Sociale	250 % RSS
CURES THERMALES	10 % PMSS par an et par bénéficiaire
OBSEQUES	30 % PMSS

* 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 : 2.885 € par an
RSS : Remboursement de la Sécurité Sociale.

GENERALITES

ADHESION - RESILIATION

L'adhésion s'entend pour l'année civile en cours, et se renouvelle par tacite reconduction, sauf dénonciation de 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.

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

PERSONNES GARANTIES

Sont garantis :

- le participant,
- 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.
- Les enfants célibataires sont garantis
 - ⇒ jusqu'à 21 ans s'ils figurent sur la carte Sécurité Sociale du participant, de son conjoint non divorcé ou de sa concubine.
 - ⇒ de 18 à 25 ans, s'ils sont scolaires, étudiants, apprentis ou en formation professionnelle dans le cadre d'un contrat de travail si les ressources ne sont pas supérieures à 55 % du SMIC
 - ⇒ Quel que soit leur âge, les enfants handicapés titulaires de la carte d'invalidité et fiscalement à charge.

Tout justificatif devra être présenté sur demande de la Mutuelle.

BON DE PRISE EN CHARGE (TIERS-PAYANT)

En cas d'hospitalisation avec ou sans chirurgie, la M.B.T.P.S.E 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.

PRESTATIONS

Sauf indications contraires figurant dans le descriptif de vos garanties, nos remboursements de frais médicaux et chirurgicaux 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 compter du jour de l'acte pour les prestations médicales, chirurgicales et les frais d'obsèques.

PIECES A FOURNIR POUR LE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Dans la plupart des cas, les décomptes sont directement transmis par la Sécurité Sociale (à vérifier sur les décomptes). Dans le cas contraire, nous adresser l'attestation de la carte vitale pour établir cette transmission.

Lorsque celle-ci ne peut être effectuée, seuls les originaux des décomptes de la Sécurité Sociale sont acceptés 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 LES FRAIS D'OBSEQUES

Ceux-ci sont réglés à la personne ayant acquitté les frais d'obsèques ou au notaire chargé de la succession. Il convient de nous adresser la facture acquittée de ces frais accompagnée d'un relevé d'identité bancaire ou postal.