

CONTRAT INDIVIDUEL ACTIFS NIVEAU 3

PRESTATIONS ET GARANTIES	
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 <i>Y compris dépassements d'honoraires et supplément chambre individuelle sans limitation de durée.</i> 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
FRAIS D'ACCOMPAGNANTS	0,60 % PMSS/jour pendant l'hospitalisation d'un enfant de moins de 15 ans
Forfait de 18 € pour les soins supérieurs à 91 €	100 %
CHIRURGIE de la Vue non prise en charge par la Sécurité Sociale	14 % PMSS par oeil
SOINS EXTERNES <i>(dans les hôpitaux publics)</i>	100 % TM
CONSULTATIONS/VISITES/ACTES DE DIAGNOSTIC	
RADIOLOGIE	
- Praticiens conventionnés	80 % RSS
- Praticiens non conventionnés	
- Omnipraticien	0,5 % 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 FR et 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 % FR - RSS
PROTHESES CAPILLAIRES et MAMMAIRES	100 % FR - RSS
PROTHESES AUDITIVES	
- bénéficiaire de moins de 20 ans	60 % RSS
- bénéficiaire de 20 ans et plus	250 % RSS
SOINS DENTAIRES	60 % RSS
PROTHESES DENTAIRES et ORTHODONTIE	300 % RSS
- Remboursées par la Sécurité Sociale	
CURES THERMALES	10 % PMSS par an et par bénéficiaire
MATERNITE	40 % PMSS au 31 décembre de l'année précédente. Naissance gémellaire : Indemnité majorée de 50 %. Adoption : 40 % PMSS au 31 décembre de l'année précédente versée pour l'adoption d'un enfant de moins de 7 ans
OBSEQUES	25 % PMSS

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.

GENERALITES

À compter du 1^{er} janvier 2004, le présent régime est fermé à toute nouvelle adhésion. Pour tous les bénéficiaires, tout changement de composition familiale met fin au contrat. Par ailleurs le passage à la retraite de l'adhérent actif met fin à son contrat. Les demandes d'adhésion ou de modification doivent être effectuées dans le cadre du règlement des frais médicaux de la nouvelle gamme "toutes catégories".

ADHESION – DATE D'EFFET

L'adhésion s'entend pour l'année civile en cours et se renouvelle par tacite reconduction. Elle prend effet au 1^{er} 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 de groupe,
- . 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 de groupe ou du régime maladie d'une autre Mutuelle (dans ce dernier cas sur présentation d'un certificat de radiation).

RESILIATION

La résiliation à l'initiative de l'adhérent (également appelée démission) prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifiée à la MBTPSE au moins deux mois auparavant.

Par exception, la démission prend effet au dernier jour du mois du courrier de démission de l'adhérent, s'il relève d'une des situations suivantes :

- l'adhérent a été informé d'une augmentation de sa cotisation ou d'une diminution des droits nés du présent règlement, et a formulé sa demande dans les 30 jours qui s'ensuivent,
- au jour où l'adhérent est affilié à un régime complémentaire frais de santé par son entreprise, sous réserve que la demande soit faite dans les trois mois qui s'ensuivent.

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

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 MBTPSE 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.

Le droit à l'allocation "maternité" est prescrit dans un délai de cinq ans à compter de la naissance de l'enfant ou de son adoption.

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, les traitements spéciaux et la prothèse dentaire.

Pour la Maternité

Nous adresser un acte de naissance.

Pour les frais d'Obsèques.

La garantie est réglée 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.