

FRAIS MEDICAUX RS3 amélioré

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 non prise en charge par la Sécurité Sociale	14 % PMSS par œil
Forfait de 18 € pour les soins supérieurs à 91 €	100 %
CONSULTATIONS/VISITES/ACTES DE DIAGNOSTIC (acte en K)	
RADIOLOGIE	
<ul style="list-style-type: none"> - Praticiens conventionnés - Praticiens non conventionnés <ul style="list-style-type: none"> - Omnipraticien - Spécialiste - Neuropsychiatre 	80 % RSS 0,5 % PMSS 1 % PMSS 2 % PMSS
PHARMACIE	100 % TM
TRANSPORTS	100 % TM
OPTIQUE	
<ul style="list-style-type: none"> - Verres et lentilles cornéennes acceptées par la Sécurité Sociale - Monture - Lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale 	85 % de la différence entre les frais réels et le RSS 3 % PMSS par an et par bénéficiaire 4 % PMSS par an et par bénéficiaire
AUXILIAIRES MEDICAUX <i>(analyses, massages, piqûres, appareillage)</i>	
100 % TM	
PROTHESES AUDITIVES	
<ul style="list-style-type: none"> - bénéficiaire de moins de 20 ans - bénéficiaire de 20 ans et plus 	60 % RSS 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	
300 % RSS	
CURES THERMALES	
10 % PMSS par an et par bénéficiaire	
OBSEQUES	
25 % PMSS	
MATERNITE	
<ul style="list-style-type: none"> - Allocation forfaitaire égale à 15 % PMSS au 31 décembre de l'année précédente. - Naissance gémellaire : Indemnité majorée de 50 % - Adoption : Allocation forfaitaire égale à 15 % 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.

GENERALITES

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 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 MATERNITE

Nous adresser un acte de naissance ou la photocopie du livret de famille.

POUR LES FRAIS D'OBSEQUES

L'allocation est réglée au Notaire ou à la personne ayant acquitté la facture des Pompes Funèbres.

PAIEMENT DES PRESTATIONS DE SECURITE SOCIALE

La MBTPSE a été agréée comme Section Locale pour le paiement des prestations de l' Assurance Maladie au bénéfice des participants résidant dans la circonscription de la CPAM de Lyon.

Elle est donc habilitée à remplir toutes les charges d'un Centre de Sécurité Sociale, sauf pour les accidents du travail pour lesquels il convient de s'adresser au Centre géographique.