



## FRAIS MEDICAUX SPECIAL JEUNES

<b>PRESTATIONS ET GARANTIES M.B.T.P.S.E.</b>	
<b>CHIRURGIE/HOSPITALISATION MEDICALE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpitaux publics ou Cliniques conventionnées :</li> </ul>	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"> <li>• Cliniques non conventionnées :</li> </ul>	. 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"> <li>• Hospitalisation à l'étranger :</li> </ul>	. Frais de séjour et honoraires : complément dans la limite de 20 % PMSS par jour.
<b>Forfait de 18 € pour les soins supérieurs à 91 €</b>	100 %
<b>CONSULTATIONS/VISITES/ACTES DE SPECIALITES</b>	
- Praticiens conventionnés	100 % TM
- Praticiens non conventionnés	
- Omnipraticien	0,5 % PMSS
- Spécialiste	1 % PMSS
- Neuropsychiatre	2 % PMSS
<b>PHARMACIE</b>	100 % TM
<b>TRANSPORTS</b>	100 % TM
<b>OPTIQUE</b>	
- Verres et lentilles cornéennes acceptées par la Sécurité Sociale	70 % de la différence entre les frais réels et le RSS
- Monture	1 % PMSS
- Lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale	4 % PMSS
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> <i>(analyses, radiologies, massages, piqûres, appareillages)</i>	
	100 % TM
<b>PROTHESES CAPILLAIRES et MAMMAIRES</b> <i>(prises en charge par la Sécurité Sociale)</i>	
	4 % PMSS
<b>SOINS DENTAIRES</b>	
	100 % TM
<b>PROTHESE DENTAIRE et ORTHODONTIE</b> - Accordée par la Sécurité Sociale	
	135 % TRSS
<b>CURES THERMALES</b>	
	6 % 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 € en 2010 RSS : Remboursement de la Sécurité Sociale. TRSS : Tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.
---	--

MBTPSE Mutuelle du Bâtiment et des Travaux Publics du Sud-Est et des régions de France régie par le code de la Mutualité, 5 rue Jean Marie Chavant 69369 Lyon cedex 7 n° 390 917 953-affiliée à la FNMF  
 MBTP Mutuelle du Bâtiment et des Travaux Publics du Nord des autres régions de France et d'Europe 29 av Marne 59290 Wasquehal n°783 737 638 -affilié à la FNMF  
 BTP-PREVOYANCE Institution de prévoyance du bâtiment et des travaux publics, régie par le code de la Sécurité Sociale

# GENERALITES

## L'adhésion

Ce contrat est destiné aux jeunes de moins de 26 ans célibataires sans charge de famille.

L'adhésion prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de votre demande. Elle court jusqu'au 31 août suivant.

Pour adhérer, il vous suffit de compléter et de retourner votre bulletin d'adhésion ainsi que l'autorisation de prélèvement à :

### **MBTPSE**

5 Rue Jean-Marie Chavant  
69369 LYON Cedex 07

Vous recevrez ensuite votre carte Frais médicaux qui vous permettra de bénéficier du tiers payant.

## Fin de l'adhésion

Vous pouvez résilier votre contrat au 31 août de chaque année, par lettre recommandée adressée avant le 1<sup>er</sup> juillet à la MBTPSE.

L'adhésion prendra fin en cas d'adhésion à un régime collectif.

Le contrat est résilié de plein droit à la fin du mois du 26<sup>ème</sup> anniversaire (une adhésion à un contrat individuel est proposé) ainsi qu'en cas de non paiement des cotisations.

## Bon de prise en charge

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.

## Pièces à 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.

Les remboursements sont effectués sur votre compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

## Prestations

Sauf indications contraires figurant dans le descriptif de vos garanties, nos remboursements de frais 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 médicales et chirurgicales est prescrit dans un délai de deux ans à compter du jour des soins.