

5 BARÈME APPLICABLE AU 1ER JUILLET 2017

Le barème ne doit pas être communiqué aux praticiens. Les adhérents ayants droit CMUC bénéficient des prestations définies par les textes légaux et réglementaires en vigueur. Le barème est applicable par bénéficiaire et concerne tant le membre participant que ses éventuels ayants droit.

Article 7 Barème des prestations

7.1 Les prestations santé

LES PRESTATIONS SANTE

Les remboursements interviennent en complément des prestations de la Sécurité sociale et dans la limite des dépenses réellement engagées.

(*) Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire (BRRO)

FRAIS MÉDICAUX COURANTS	MUTUELLE (*)
Consultations et visites généralistes OPTAM (18)	120% BRRO
Consultations et visites généralistes Hors OPTAM (18)	100% BRRO
Consultations et visites spécialistes OPTAM (18)	175% BRRO
Consultations et visites spécialistes Hors OPTAM (18)	130% BRRO
Actes techniques médicaux (ATM) :	
Spécialistes OPTAM (18)	120% BRRO
Spécialistes Hors OPTAM (18)	100% BRRO
Radiologie et imagerie médicale :	
Actes radiologie en «ZG»	0,80 € / acte
Acte d'imagerie médicale (ADI) radiologues OPTAM (18)	70% BRRO
Acte d'imagerie médicale (ADI) radiologues Hors OPTAM (18)	50% BRRO
Acte d'échographie (ADE) radiologues OPTAM (18)	95% BRRO
Acte d'échographie (ADE) radiologues Hors OPTAM (18)	75% BRRO
Auxiliaires médicaux	50% BRRO
Analyses médicales	50% BRRO
Majorations et indemnités de déplacement	Ticket Modérateur
HOSPITALISATION	
Frais de séjour	Ticket Modérateur
Honoraires chirurgie, anesthésie et obstétrique médecins OPTAM (18)	200% BRRO
Honoraires chirurgie, anesthésie et obstétrique médecins Hors OPTAM (18)	120% BRRO
Procréation médicale assistée	216 € / acte
I.V.G	Ticket Modérateur + 53,35 €
Chambre particulière (patient, accompagnant) :	
Maison de repos, convalescence, rééducation fonctionnelle	55 € / jour (3)
Séjour hospitalier	75 € / jour (3)
Forfait accompagnant	46 € / jour (3)
Forfait journalier pour les établissements de santé	Tarif en vigueur sans limitation de durée (100%) (3)
Forfait patient	Tarif en vigueur (100%) (3)



DENTAIRES

MUTUELLE (*)

Soins dentaires :

Actes de chirurgie dentaire en «DC»	80% BRRO
Soins inlays-onlays	480% BRRO (2)
Actes et soins dentaires	60% BRRO

Prothèses remboursées Sécurité sociale :

Fixes	361% BRRO (2)
Amovibles	361% BRRO (2) (15)
Inlay core	170% BRRO (2)

Prothèses non remboursées Sécurité sociale :

Fixes	258 € / dent (1)
Amovibles	52 € / dent (1) (15)

Orthodontie :

Remboursée Sécurité sociale	270% BRRO
Non remboursée Sécurité sociale	5,81 € / TO (12) (1)

Scanner dentaire 70 € / acte (1)

Pose d'implant 400 € / implant (1)

Couronne sur implant 260 € / couronne (1)

Comblement osseux, curetage, et greffe à lambeaux (17) 115 € / acte (1)

Plafond annuel au titre des lignes «prothèses remboursées Sécurité sociale, prothèses non remboursées Sécurité sociale, scanner dentaire, pose d'implant et couronne sur implant» (pendant les 24 mois qui suivent l'adhésion) :

Année 1 : 12 premiers mois de souscription	Année 1 : 1 400 €
Année 2 : 12 mois suivants	Année 2 : 1 800 €

OPTIQUE (7A)

Monture	100 € (2)
Verre simple (7B)	Enfant : 490% BRRO + 46 € / verre (2) Adulte : 1 200% BRRO + 46 € / verre (2)
Verre complexe (7B)	Enfant : 490% BRRO + 46 € / verre (2) Adulte : 1 200% BRRO + 75 € / verre (2)
Lentilles remboursées Sécurité sociale	130 € / lentille (2)
Lentilles non remboursées Sécurité sociale	180 € / an (4)
Chirurgie réfractive non remboursée Sécurité sociale	450 € / oeil (1)

PHARMACIE ET VACCINS

Médicaments remboursés à 100% par l'assurance maladie obligatoire	-
Médicaments remboursés à 65% par l'assurance maladie obligatoire	Ticket Modérateur
Médicaments remboursés à 30% par l'assurance maladie obligatoire	Ticket Modérateur
Médicaments remboursés à 15% par l'assurance maladie obligatoire	-
Vaccins non remboursés Sécurité sociale	30 € / an / bénéficiaire (2)

APPAREILLAGES

Prothèses auditives par oreille appareillée	700 € / oreille (1)
Prothèses mammaires	350% BRRO (1)
Autres appareillages	200% BRRO



LES PRESTATIONS SANTE

Les remboursements interviennent en complément des prestations de la Sécurité sociale et dans la limite des dépenses réellement engagées.

TRANSPORT	MUTUELLE
Transport	Ticket Modérateur
CURES ET HEBERGEMENT REMBOURSÉS SÉCURITÉ SOCIALE	
Cures	Ticket Modérateur
Hébergement	100 € / an (1)
PRESTATIONS MÉDICALES DIVERSES NON REMBOURSÉES SÉCURITÉ SOCIALE	
Ostéopathie - Chiropractie - Etiopathie - Pédicurie - Ergothérapie (1)	150 € / an (5 séances à 30 €)
Psychomotricité (10)	200 € / an (10 séances à 20 €)
PRÉVENTION ET EXAMEN	
Contraception (1) (14)	} forfait global de 120 € / an
Substitut nicotinique (9)	
Ostéodensitométrie (4)	
Scellement des sillons (1)	
Amniocentèse (1)	
Rebasage (1)	

7.2 Les prestations médico-sociales

LES PRESTATIONS MÉDICO-SOCIALES

Les prestations «aide à domicile» et «aide complémentaire à l'autonomie» ne sont en aucune manière cumulatives pour une même personne et une même période donnée.

ENFANCE HANDICAPÉE	MUTUELLE
Indemnité annuelle versée	Equivalent 1,5 AAH mensuelle de base jusqu'à 20 ans (16)
Participation annuelle à rente survie ou épargne handicap	600 € (jusqu'à 20 ans) (13)
Frais de séjour	50% de la dépense limitée à 14 € / jour (1)
AIDE À DOMICILE	
Aide à domicile à la suite d'une grossesse, d'un acte technique médical, d'une hospitalisation pris(e) en charge par la Sécurité sociale.	200 heures / année civile 5 € / heure plafonné à 50% du reste à charge (6)
AIDE COMPLÉMENTAIRE À L'AUTONOMIE (8)	
Taux invalidité > ou = 80%	350 € / mois (limité à 36 mois consécutifs ou non) (5) (11)
GIR 3 ou 4	450 € / mois (limité à 36 mois consécutifs ou non) (5) (11)
GIR 1 ou 2	650 € / mois (limité à 36 mois consécutifs ou non) (5) (11)



(1) : Sur présentation de la facture originale papier détaillée et acquittée, transmise par courrier postal.

(2) : Sur présentation de la facture originale acquittée des actes réalisés.

(3) : Sur présentation de la facture des frais de séjour de l'établissement ou du bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire (facture AMC) transmise par courrier postal ou des données Sécurité sociale.

(4) : Sur présentation de la facture originale acquittée et de la prescription médicale transmises par courrier postal.

(5) : Sur présentation de la reconnaissance du taux d'invalidité et / ou du niveau de dépendance.

(6) : Sur présentation de la prescription médicale et de la facture originale acquittée ou récépissé «chèques emplois services universels» transmis par courrier postal.

(7A) : Les remboursements d'équipement optique sont soumis à des conditions de périodicité ; ces périodes sont fixes et ne peuvent être ni réduites ni allongées. Elles s'apprécient sur la base de la date de souscription à l'offre.

- **Limitation à un équipement optique (une monture et 2 verres) par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans.**
- **Limitation à un équipement optique (une monture et 2 verres) par période de 24 mois pour les adultes. Par dérogation, cette période est réduite à 12 mois en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (sur la base d'une prescription médicale/facture).**
- **Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date de souscription à l'offre (verre ou monture) et s'achève 24 mois après (adulte) ou 12 mois après (enfant).**

(7B) :

Verre(s) simple(s) :

- verres simple foyer (sphère entre -6 et +6) ou cyl <= +4

Verre(s) complexe(s) :

- verres simple foyer (sphère sup à -6,00 ou + 6,00) ou cyl > +4,00 et à verres multifocaux ou progressifs.
- verres hyper complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro cylindriques avec sphère hors zone (-8,00 à +8,00) ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00.

(8) : Les prestations «aide complémentaire à l'autonomie» sont éventuellement reconductibles annuellement selon le barème en vigueur. **En cas de changement d'offre prévoyant aussi l'aide complémentaire à l'autonomie, il sera tenu compte de l'antériorité du versement de cette aide, la durée maximale étant de 36 mois (consécutifs ou non).**

(9) : Au vu du remboursement par l'assurance maladie de la première étape du traitement et sur présentation de la facture originale acquittée de la seconde et de la troisième étape du traitement transmises par courrier postal.

(10) : Au vu de la photocopie du bilan (non pris en charge) et de la facture originale acquittée des séances transmises par courrier postal.

(11) : La limitation à 36 mois est acquise au titre de l'adhésion à l'offre quel que soit le niveau d'invalidité (et son évolution).

(12) : Soins débutés avant le 20ème anniversaire remboursés pendant 6 semestres.

(13) : Photocopie de la quittance de paiement.

(14) : Contraception masculine et féminine.

(15) : Prothèse amovible (Cotation de base BRRO 64,50 euros). Du BRRO 64,50 euros (1 à 3 éléments) au BRRO 182,75 euros (14 éléments), la prestation est équivalente à 2 fois le BRRO diminué de la cotation de base (64,50 euros). Exemple : BRRO de 118,25 euros (8 éléments) remboursé $[(118,25 \times 2) - 64,50]$ soit BRRO 172,00 euros. Plaque de base (si prise en charge Sécurité sociale BRRO 129,00 euros).

(16) : Indemnité annuelle versée au second trimestre de chaque année, jusqu'à l'année du 20ème anniversaire.

(17) : Les actes «curetage», «comblement osseux» et «greffe à lambeaux» sont une partie des soins parodontaux pris en charge par la Mutuelle. La liste ci-jointe s'applique aux actes parodontaux couverts par cette offre : détartrage refusé Sécurité sociale (sachant que la Sécurité sociale en rembourse 2 par an) ; curetage, surfaçage radiculaire, prophylaxie, lithotritie, assainissement parodontal, lambeau d'assainissement, polissage, débridement lésion osseuse, irrigation sous gingivale, gingivectomie, enseignement de l'hygiène orale, maintenance parodontale...

(18) : L'OPTAM (Option Pratique TARifaire Maîtrisée) est un dispositif instauré par la Convention médicale du 25 août 2016 par lequel les praticiens sont invités à souscrire une convention avec la Sécurité sociale afin de pratiquer des dépassements d'honoraires plus encadrés donc maîtrisés. Les remboursements opérés par la Mutuelle sont différents selon que le professionnel de santé a souscrit ou non cette option afin de respecter la réglementation propre aux contrats responsables.

L'OPTAM est entrée en vigueur au 1er janvier 2017. Elle remplace le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les critères d'éligibilité sont les mêmes que pour le CAS.



ANNEXE 1. QUE FAIRE DE MES JUSTIFICATIFS

- Votre carte ALMERYS vous permet d'accéder à son réseau étendu de professionnels de santé (auxiliaires médicaux, pharmaciens, opticiens, médecins généralistes, ambulanciers, radiologues, cliniques, hopitaux, biologistes ou dentistes), chez qui vous pourrez bénéficier des avantages du tiers payant.
- Certains remboursements de la Mutuelle se font avec des justificatifs de dépenses, d'autres non. Vous trouverez ci-dessous, par type de prestations et de situations les règles essentielles à connaître.

CONSULTATION ET VISITE DE MÉDECINS

SOINS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	SOINS PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE
Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ne le sont pas par la Mutuelle, à l'exception de certains actes (chiropractie, ostéopathie, éthiopatie...). Pour ces actes, la facture originale papier détaillée acquittée est à transmettre par courrier postal au Centre de Gestion.	Les prestations Mutuelle sont payées au vu des données de remboursement Sécurité sociale (2).EXCEPTION : Si la consultation a lieu dans un établissement public (consultation externe hôpital par exemple) ou privé en dotation globale, vous devez nous envoyer l'attestation de paiement accompagnée de l'avis des sommes à payer.

PHARMACIE & LABORATOIRES

Les actes, les médicaments et les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale ne le sont pas par la Mutuelle.

VOUS N'AVEZ PAS PAYÉ LA PART MUTUELLE	VOUS AVEZ PAYÉ LA PART MUTUELLE
Vous n'avez aucune facture à envoyer. La Mutuelle versera la prestation correspondante directement au pharmacien dans le cadre du tiers payant.	La prestation Mutuelle sera payée au vu des données de remboursement Sécurité sociale.

IMAGERIE MÉDICALE / RADIOLOGIE

La plupart des radiologues font l'objet d'une convention avec notre plateforme de services. Demandez au votre cette facilité.
La prestation Mutuelle vous sera versée au vu des données de remboursement Sécurité sociale (2).

EXCEPTIONS :

- Si l'examen a lieu dans un établissement public (consultation externe hôpital par exemple) ou privé en dotation globale, vous devez envoyer au Centre de Gestion l'attestation de paiement accompagnée de l'avis des sommes à payer.
- L'ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale fera l'objet d'une prise en charge Mutuelle. Vous devez envoyer la facture originale papier détaillée acquittée par courrier postal au Centre de Gestion.

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Infirmier(e), kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, sage femme.
Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ne le sont pas par la Mutuelle.

VOUS N'AVEZ RIEN PAYÉ	VOUS AVEZ RÉGLÉ DES FRAIS
Vous n'avez aucune facture à envoyer. La Mutuelle versera la prestation correspondante directement au professionnel de santé dans le cadre du tiers payant.	La prestation Mutuelle sera payée au vu des données de remboursement Sécurité sociale.

APPAREILLAGES / ORTHOPÉDIE / FOURNITURES

VOUS N'AVEZ RIEN PAYÉ	VOUS AVEZ RÉGLÉ DES FRAIS
Vous n'avez aucune facture à envoyer. La Mutuelle versera la prestation correspondante directement au professionnel de santé dans le cadre du tiers payant.	La prestation Mutuelle sera payée au vu des données de remboursement Sécurité sociale et de la facture.

OPTIQUE

(lunettes)

VOUS N'AVEZ PAS PAYÉ LA PART MUTUELLE	VOUS AVEZ PAYÉ LA PART MUTUELLE
Vous n'avez aucune facture à envoyer. La Mutuelle versera la prestation correspondante directement à l'opticien dans le cadre du tiers payant.	La prestation Mutuelle sera versée au vu des données Sécurité sociale (2), de la facture de l'opticien et de la prescription de l'ophtalmologiste.



OPTIQUE

(lentilles)

LENTILLES NON PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	LENTILLES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE
La Mutuelle versera la prestation correspondante (forfait annuel ; 1er janvier au 31 décembre ; référence date de la facture) au vu de la facture, originale papier détaillée, acquittée transmise par courrier postal et accompagnée de la copie de la prescription médicale que vous devez envoyer.	La prestation Mutuelle sera versée au vu des données Sécurité sociale (2) et de la facture de l'opticien.

DENTAIRE

SOINS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	SOINS PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE
Seuls les actes figurant dans la liste établie par la Mutuelle sont remboursés aux adhérents. La prestation Mutuelle correspondante sera versée au vu de la facture originale papier détaillée acquittée, transmise par courrier postal.	Seules les factures relatives aux INLAYS et/ou ONLAYS, PROTHESES AMOVIBLES et COURONNES SUR IMPLANT sont à transmettre à la Mutuelle. La prestation Mutuelle sera versée au vu des données Sécurité sociale (2) et de la facture. Pour tous les autres soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale (couronne, bridge, etc.) la prestation Mutuelle sera versée au vu des données Sécurité sociale correspondantes (2).

HOSPITALISATION

Le tiers payant est possible pour tous les actes médicaux lors d'une hospitalisation avec frais de séjour ainsi que pour le forfait journalier, la chambre particulière et la part forfaitaire non prise en charge par la Sécurité sociale de certains actes.
Les dépassements d'honoraires qui sont à régler à l'établissement doivent figurer sur la facture « AMC » (Assurance Maladie Complémentaire) éditée par l'établissement (obligation de déclaration des honoraires perçus par les praticiens).

VOUS N'AVEZ RIEN PAYÉ	VOUS AVEZ RÉGLÉ DES FRAIS
Vous n'avez aucune facture à envoyer. La Mutuelle versera les prestations correspondantes directement à l'établissement hospitalier dans le cadre du tiers payant.	La Mutuelle vous versera les prestations correspondantes au vu de la facture « AMC » éditée par l'établissement que vous devez nous transmettre, accompagnée de la facture clinique, du décompte de prestations ou des données télétransmises par la Sécurité sociale.
La Mutuelle vous versera la prestation correspondante au vu de la facture originale papier détaillée acquittée, transmise par courrier postal, et de la prescription médicale.	

TRANSPORT

Les factures n'ont pas à être envoyées à la Mutuelle. La prestation Mutuelle sera versée au vu des données de remboursement Sécurité sociale (2). Seuls les transports pris en charge par la Sécurité sociale font l'objet d'une prestation Mutuelle.

CURES

Les prestations Mutuelle seront versées au vu des remboursements de la Sécurité sociale ou des factures de soins pris en compte par cette dernière.

LA MÈRE ET L'ENFANT

Pour les actes «procréation médicalement assistée» et «amniocentèse» non pris en charge par la Sécurité sociale, la prestation Mutuelle correspondante sera versée au vu de la facture originale papier détaillée acquittée, transmise par courrier postal.

PRESTATIONS MÉDICO-SOCIALES

Les prestations Mutuelle correspondantes sont versées au vu des documents justifiant la situation de santé.

(1) Si vos données de remboursement Sécurité sociale sont télétransmises (NOEMIE), envoyez votre facture originale papier détaillée acquittée par courrier postal dans les meilleurs délais. Dans le cas contraire, envoyez la facture originale papier détaillée acquittée avec le décompte Sécurité sociale original correspondant par courrier postal.

(2) Si vos données de remboursement Sécurité sociale sont télétransmises, vous n'avez rien à envoyer. Dans le cas contraire, envoyez le décompte Sécurité sociale original correspondant au Centre de Gestion.

