

5 BARÈME APPLICABLE AU 1ER JUIN 2015

Dans l'intérêt des cotisations ce 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 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 SANTÉ

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 adhérent à l'OPTAM (7)	Ticket Modérateur + 30% BRRO
Consultations et visites généralistes n'adhérant pas à l'OPTAM (7)	Ticket Modérateur + 10% BRRO
Consultations et visites spécialistes	Ticket Modérateur
Actes Techniques Médicaux (ATM)	Ticket Modérateur
Radiologie, imagerie médicale (ADI) et acte d'échographie (ADE)	Ticket Modérateur
Auxiliaires médicaux	Ticket Modérateur
Analyses médicales	Ticket Modérateur
Majorations et indemnités de déplacement	Ticket Modérateur

HOSPITALISATION - MATERNITÉ

Frais de séjour	Ticket Modérateur
Honoraires chirurgie médecins, anesthésie et obstétrique	Ticket Modérateur
I.V.G	Ticket Modérateur
Forfait journalier pour les établissements de santé	Tarif en vigueur sans limitation de durée (3)
Forfait patient	Tarif en vigueur (100%) (3)

DENTAIRES

Soins dentaires :

Actes de chirurgie dentaire en «DC»	Ticket Modérateur
Soins inlays-onlays	125 % BRRO (2)
Actes et soins dentaires	Ticket Modérateur

Prothèses remboursées Sécurité sociale :

Fixes	Ticket Modérateur (2)
Amovibles	Ticket Modérateur (2)
Inlay core	Ticket Modérateur (2)
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	Ticket Modérateur



LES PRESTATIONS SANTÉ

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)

OPTIQUE (6A)

	MUTUELLE (*)
Monture	40 € (2)
Verre simple (6B)	30 € / verre (2)
Verre complexe (6B)	80 € / verre (2)
Lentilles remboursées Sécurité sociale	50 € / lentille (2)
Lentilles non remboursées Sécurité sociale	100 € / an (2)

PHARMACIE

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	-

APPAREILLAGES

Appareillage remboursé Sécurité sociale (accessoires, orthopédie, prothèses...)	Ticket Modérateur
---	-------------------

TRANSPORT

Transport	Ticket Modérateur
-----------	-------------------

CURES REMBOURSÉES SÉCURITÉ SOCIALE

Cures remboursées	Ticket Modérateur
-------------------	-------------------

PRÉVENTION

Contraception	40 €/an (1) (5)
Substitut nicotinique	50 €/an (4)

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

(2) : Transmettre 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 (facture AMC) transmise par courrier postal ou des données Sécurité sociale.

(4) : 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.

(5) : Contraception masculine et féminine.

(6A) : 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).**

(6B) :

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.

(7) : L'OPTAM est un dispositif proposé à l'ensemble des médecins qui sont autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires d'un droit permanent à dépassement. Les praticiens qui signent l'OPTAM s'engagent à ne pas augmenter leur pratique tarifaire et à respecter le taux de dépassement moyen constaté en 2012. Ce taux de dépassement moyen ne peut pas dépasser 100 %. En contrepartie, leurs cotisations sociales sont partiellement prises en charge par l'assurance maladie. **Les médecins non conventionnés, les frais de séjour dans une clinique non conventionnée ainsi que les honoraires de chirurgiens non conventionnés ne sont pas remboursés sur la même base que les praticiens adhérant ou non à l'OPTAM. Ils sont remboursés au Ticket Modérateur du Tarif d'Autorité.**

ANNEXE 1. QUE FAIRE DE MES JUSTIFICATIFS

- Votre carte TERCIANE 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.	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.

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Infirmier(e), kinésithérapeute, orthophoniste, 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
Seules les factures relatives aux INLAYS et/ou ONLAYS, PROTHESES AMOVIBLES 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.	
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 » originale papier détaillée acquittée, éditée par l'établissement que vous devez nous transmettre par courrier postal, accompagnée de la facture clinique.

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 sont versées au vu des remboursements de la Sécurité sociale ou de la facture de soin prise en compte par cette dernière, facture originale papier détaillée acquittée et transmise par courrier postal.

PRÉVENTION
La prestation Mutuelle sera versée au vu de la facture originale papier détaillée acquittée et transmise par courrier postal.

(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.

