

→ Votre régime Frais de santé en 2010

Nous vous présentons ici un résumé de vos garanties Frais de santé, qui viennent en complément des prestations en nature de la Sécurité sociale.

Nature des frais	Limites des remboursements en % des dépenses engagées compte tenu des prestations versées par la Sécurité sociale et par tout autre organisme (Valeurs au 01/01/2010)	
Frais d'hospitalisation		
Chirurgie - Hospitalisation médicale	100% FR dans la limite de 400 % du MR	
Forfait hospitalier	100 % FR dans la limite de 18 € par jour	
Frais de transport terrestre	100% FR dans la limite du ticket modérateur (BR-MR)	
Chambre particulière	100 % FR dans la limite de 2,5 % du PMSS par jour	
Personne accompagnant un enfant de moins de 12 ans	100 % FR dans la limite de 2 % du PMSS par jour	
Frais de maladie	Parcours de soins respecté et enfant de moins de 16 ans	Hors parcours de soins
Consultation - Visite : • Généraliste • Spécialiste, professeur	100 % FR dans la limite de 300 % du MR 100 % FR dans la limite de 400 % du MR	80 % FR dans la limite de 200 % du MR
Analyse - Pratique médicale courante - Electrothérapie - Radiologie Soins par auxiliaires médicaux	100 % FR dans la limite de 400 % du MR	
Prothèse auditive	100 % FR dans la limite de 540 % du MR	
Orthopédie, prothèse médicale	100 % FR dans la limite de 400 % du MR	
Ostéodensitométrie	100 % FR dans la limite de 31 € par an	
Pharmacie	100 % FR dans la limite du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)	
Soins à l'étranger (séjour occasionnel)	En complément du remboursement de la Sécurité sociale : 100 % FR dans la limite de 400 % du MR	
Frais de cures thermales acceptées par la Sécurité sociale Honoraires médicaux, thermes, hébergement	1 % du PMSS par jour, dans la limite de 21 jours	
Frais de maternité ou d'adoption (1)	Forfait égal à 40 % du PMSS par enfant	

FR : Frais réel

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

MR : Montant remboursé par la Sécurité sociale

PMSS : Valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins.
Exercice 2010 : 2 885 €

(1) Il n'est versé qu'un seul forfait par naissance.

À noter

Les remboursements sont effectués en tenant compte des dispositions dites "Contrats responsables" (remboursement minimum et maximum selon le respect ou non du parcours de soins).

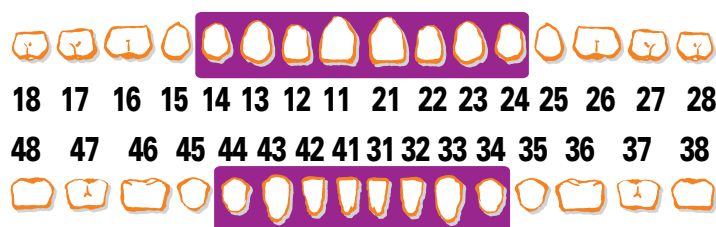
Frais dentaires	Limites des remboursements en % des dépenses engagées compte tenu des prestations versées par la Sécurité sociale et par tout autre organisme (Valeurs au 01/01/2010)
Soins dentaires Dents Inlay-Onlay	100 % FR dans la limite de 300 % du MR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	Dent du devant : 400 % du MR Dent du fond : 250 % du MR dans la limite des FR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % FR dans la limite de 350 % du MR
Prothèses dentaires, orthodontie (enfant – 16 ans) non remboursées par la Sécurité sociale (1)	80 % FR dans la limite de : Dent du devant : 316 € Dent du fond : 197 € Orthodontie : 580 € par semestre
Implants dentaires	100 % FR dans la limite de 28 % du PMSS par an

(1) Les prothèses dentaires doivent être inscrites à la nomenclature Sécurité sociale (NGAP).

Dent du devant ou dent du fond ?

Le montant du plafond de remboursement des prothèses dentaires est plus élevé pour les dents visibles au sourire appelées dents du devant. Il s'agit des canines, des incisives et des premières prémolaires numérotées de 11 à 14 et de 21 à 24 pour la mâchoire

supérieure, de 31 à 34 et de 41 à 44 pour la mâchoire inférieure. Le plafond de remboursement est moins élevé pour les deuxièmes prémolaires et molaires nommées dents du fond.



Frais d'optique	Limites des remboursements en % des dépenses engagées compte tenu des prestations versées par la Sécurité sociale et par tout autre organisme (Valeurs au 01/01/2010)
Verres remboursés (la paire)	100 % FR dans la limite de : 20 % du PMSS pour les verres complexes 15 % du PMSS pour les verres moyens 12 % du PMSS pour les verres simples limitation à 2 verres par personne et par an (1) (4 verres pour les enfants de moins de 16 ans)
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % FR dans la limite de 15 % du PMSS par personne et par an
Lentilles non remboursées y compris lentilles jetables	100 % FR dans la limite de 10 % du PMSS par personne et par an (1)
Montures	90 % FR dans la limite de 6,5 % du PMSS limitation à une monture par personne et par an (2 montures pour les enfants de moins de 16 ans)
Chirurgie réfractive	100 % des frais réels dans la limite de 24 % du PMSS par œil

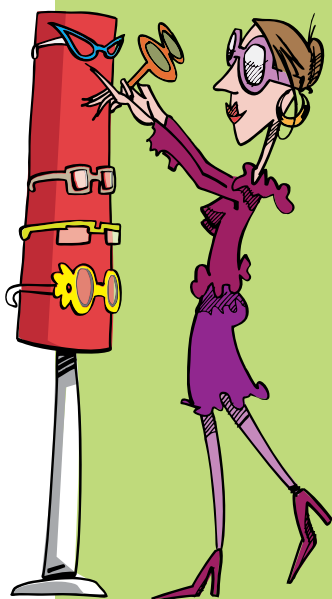
(1) Par an, on entend les 12 mois précédant la facturation.

Classification des verres : pour y voir plus clair

Le remboursement des verres est différent selon le degré de correction, afin de mieux rembourser les fortes corrections.

Nous vous indiquons ci-contre la typologie retenue ; il vous suffit de la présenter à votre ophtalmologue ou à votre opticien, pour qu'il puisse vous indiquer si les verres qui vous sont prescrits sont simples, moyens ou complexes.

En cas de double prescription (vision de près et vision de loin) ou de modification de correction en cours d'année entraînant une nouvelle prescription, le régime statuera sur le remboursement éventuel d'une deuxième paire au vu de la copie de la (ou des) prescription(s), du décompte de Sécurité sociale et de la facture acquittée.



Verre simple

N° 11 : simple foyer, de sphère allant de - 6,00 à + 6,00 dioptries.

N° 21 : simple foyer, de cylindre inférieur ou égal à + 4,00 et de sphère allant de - 6,00 à + 6,00 dioptries.

Verre moyen

N° 12 : simple foyer, de sphère allant de - 6,25 à - 10,00 ou de + 6,25 à + 10,00 dioptries.

N° 13 : simple foyer, de sphère située en dehors de la zone - 10,00 à + 10,00 dioptries.

N° 22 : simple foyer, de cylindre inférieur ou égal à + 4,00 et de sphère située en dehors de la zone allant de - 6,00 à + 6,00 de dioptries.

N° 23 : simple foyer, de cylindre supérieur à + 4,00 et de sphère allant de - 6,00 à + 6,00 dioptries.

N° 31 : multi-focal ou progressif, de sphère allant de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

Verre complexe

N° 24 : simple foyer, de cylindre supérieur à + 4,00 et de sphère située en dehors de la zone allant de - 6,00 à 6,00 de dioptries.

N° 32 : multi-focal ou progressif, de sphère située en dehors de la zone allant de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

N° 41 : multi-focal ou progressif, quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère allant de - 8,00 à + 8,00 dioptries.

N° 42 : multi-focal ou progressif, quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère située en dehors de la zone allant de - 8,00 à + 8,00 dioptries.

→ Faites analyser votre devis optique et dentaire

Avant d'accepter le devis que vous propose votre dentiste ou votre magasin d'optique, vous avez la possibilité d'en envoyer une copie à La Mutuelle Générale.

Sur la base des informations que vous aurez fournies, vous serez informé sur le montant remboursé par la Sécurité sociale

et par votre régime Frais de santé. Vous pourrez ainsi choisir de conserver votre praticien ou votre opticien, ou d'en changer en toute connaissance de cause.

→ Comment obtenir le versement des prestations ?

Si vous êtes géré en Sécurité sociale et en complémentaire par La Mutuelle Générale, il vous suffit d'adresser vos feuilles de soins à l'adresse de votre section locale figurant sur votre carte mutuelle.

Si vous êtes géré uniquement en complémentaire santé par La Mutuelle Générale, vous devez adresser :

- vos feuilles de soins à votre Caisse Primaire d'Assurance maladie (CPAM) ;
- puis à La Mutuelle Générale les factures acquittées (consultez au verso le détail des pièces à adresser).

Des remboursements plus simples et plus rapides avec Noémie



Les salariés gérés uniquement en complémentaire santé bénéficient de la procédure Noémie (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Externes). Pour se faire rembourser leurs dépenses de santé, il leur suffit d'adresser leurs feuilles de soins à leur CPAM qui transmet automatiquement les données à La Mutuelle Générale. Les démarches administratives sont simplifiées, les remboursements complémentaires sont donc accélérés.

À noter



Vous bénéficiez du Tiers payant pharmaceutique

Pour être dispensé du paiement lors de l'achat des médicaments prescrits par votre médecin, il suffit de présenter vos cartes Vitale (délivrée par la Sécurité sociale) et mutuelle (délivrée par La Mutuelle Générale) au pharmacien.

→ Pièces à fournir selon la prestation

Prestations	Si l'adhérent bénéficie des échanges Noémie	Si l'adhérent ne bénéficie pas des échanges Noémie
	Pièces à fournir*	Pièces à fournir*
Honoraires-soins de ville		
Honoraires médicaux (généralistes, spécialistes) Consultations / Visites	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
Honoraires auxiliaires médicaux	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
Examens de laboratoire et prélèvements	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
Honoraires des sages-femmes	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
Examen d'ostéodensitométrie	Facture acquittée et détaillée	Facture acquittée et détaillée
Transport et déplacement	Facture acquittée et détaillée	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée
Produits pharmaceutiques et fournitures		
Pharmacie	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
Acoustique	Facture acquittée et détaillée	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée
Prothèses mammaires	Facture acquittée et détaillée	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée
Prothèses capillaires	Facture acquittée et détaillée	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée
Orthopédie	Facture acquittée et détaillée	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée
Petit appareillage	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
Dentaire		
Soins	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
Prothèses fixes ou mobiles	Facture acquittée et détaillée précisant le numéro de dent concernée	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée précisant le numéro de dent concernée
Orthodontie acceptée ou refusée par la Sécurité sociale	Facture acquittée et détaillée	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée
Optique		
Monture et verres	Facture acquittée et détaillée de l'opticien précisant la référence des verres	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée de l'opticien précisant la référence des verres
Lentilles		
• Prises en charge par la Sécurité sociale	Facture acquittée et détaillée	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée
• Non prises en charge par la Sécurité sociale	Facture acquittée et détaillée	Facture acquittée et détaillée
Prothèses oculaires	Facture acquittée et détaillée	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée
Chirurgie réfractive	Facture acquittée et détaillée	Facture acquittée et détaillée
Cure thermique		
Etablissement thermal	Facture acquittée et détaillée	Décompte Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée
Hébergement pris en charge par la Sécurité sociale	Facture acquittée et détaillée	Décompte Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée
Hospitalisation		
Frais de structure et de soins pris en charge à 100 %	Facture acquittée et détaillée + formulaire AMC délivré lors de la sortie	Décompte Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée + formulaire AMC délivré lors de la sortie
Chambre particulière		
Forfait journalier		
Service psychiatrie		
Accompagnement		
Honoraires des praticiens		

* À retourner à La Mutuelle Générale à l'adresse ci-dessous.

→ Contacts

NOVALIS Prévoyance

Équipe France Télécom

CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq - 45953 Orléans Cedex

→ Téléphone  **N°Cristal 0 969 39 72 72**

APPEL NON SURTAXE

→ Fax **01 58 82 40 70**

→ e.mail **prevoyance@novalistaitbout.com**

La Mutuelle Générale

Contrat du Groupe France Télécom

16 avenue Raspail - 94252 Gentilly Cedex

→ Téléphone  **N°Vert 0 800 01 31 31**

APPEL GRATUIT DEPLUS UN POSTE FME

→ Fax **01 55 01 06 02**

→ e.mail **contact_gestionsante@lamutuellegenerale.fr**