

Infosanté

❖ février 2016



Votre régime frais de santé à compter du 1^{er} mars 2016

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	Limite des remboursements en % des dépenses engagées en complément des prestations versées par la Sécurité sociale et, le cas échéant, par tout autre organisme (Valeurs au 01/01/2016)	
Frais d'hospitalisation	Hôpital conventionné ou non conventionné	
Frais de séjour	100 % des frais réels dans la limite de 400 % du MR	
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) 100 % des frais réels dans la limite de 400 % du MR	Médecins NON signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) * 100 % du ticket modérateur + dépassements d'honoraires dans la limite de 156,25 % du MR en 2016, puis 125 % du MR à compter de 2017
Forfait hospitalier	100 % des frais réels dans la limite de 18 €/ jour	
Frais de transport terrestre	100 % des frais réels dans la limite du ticket modérateur (BR-MR)	
Chambre particulière	100 % des frais réels dans la limite de 2,5 % du PMSS par jour, soit 80,45 €	
Personne accompagnant un enfant de moins de 12 ans	100 % des frais réels dans la limite de 2 % du PMSS par jour, soit 64,36 €	
Frais de maladie, cure, naissance	Parcours de soins respecté⁽¹⁾ et enfants de moins de 16 ans. Les franchises médicales⁽²⁾ et la participation forfaitaire⁽³⁾ ne sont pas remboursées	
Consultation - Visite :	médecins signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)	médecins NON signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) *
- Généraliste	100 % des frais réels dans la limite de 200 % du MR	100 % des frais réels dans la limite de 171,42 % du MR
- Spécialiste, professeur	100 % des frais réels dans la limite de 250 % du MR	100 % des frais réels dans la limite de 221,42 % du MR en 2016, puis 185,71 % MR à partir de 2017
Actes techniques, électrothérapie, radiologie	100 % des frais réels dans la limite de 400 % du MR	
Analyses, Auxiliaires médicaux	100 % des frais réels dans la limite de 400 % du MR	
Prothèses auditives	100 % des frais réels dans la limite de 540 % du MR	
Autres prothèses médicales, orthopédie	100 % des frais réels dans la limite de 400 % du MR	
Ostéodensitométrie	100 % des frais réels dans la limite de 31 € par an	
Pharmacie	100 % des frais réels dans la limite du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)	
Ostéopathe - chiropracteur - psychologue - diététicien - sophrologue	30 € par séance dans la limite de 4 séances par an	
Frais de cures thermales acceptés par la Sécurité sociale	1 % du PMSS, par jour, dans la limite de 21 jours	
Frais de naissance ou d'adoption (y compris l'hospitalisation)	forfait égal à 40 % du PMSS par enfant ⁽⁴⁾ à l'exclusion de tout autre remboursement	

FR : frais réels - BR : base de remboursement de la Sécurité sociale - MR : montant remboursé par la Sécurité sociale sur la base du régime général - PMSS : valeur du plafond mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins. Exercice 2016 : 3 218 €. (1) Hors parcours de soins, la prise en charge est limitée à 80 % des frais réels, plafonnée à 100 % du MR pour les généralistes, à 150 % du MR pour les spécialistes et à 200 % du MR pour les actes techniques effectués par les médecins. (2) Les franchises médicales fixées depuis 2008 sont de 0,5 € par boîte de médicament, 2 € par transport et soins effectués par des auxiliaires médicaux - (3) La participation forfaitaire est fixée à 1 € depuis 2005 sur les consultations et sur les actes de radiologie et biologie - (4) Il n'est versé qu'un seul forfait par naissance.
*quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins est limitée à 125 % de la BR en 2016 et à 100 % en 2017.

A 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). **La participation forfaitaire de 18 €, mise à la charge de chaque assuré social pour les actes médicaux affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 60 ou d'un tarif égal ou supérieur à 120 €, est prise en charge par les organismes assureurs pour les actes réalisés à l'hôpital.** Les frais médicaux, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, pris en charge partiellement par la Sécurité sociale au titre de la maternité, ne font pas l'objet de remboursement.



Quelques mots sur Carte Blanche

La santé gagnante !!!

Depuis le 1^{er} janvier 2014, le régime du Groupe Orange vous ouvre les portes du réseau Carte Blanche. Vous bénéficiez des avantages et des services proposés par le premier réseau de professionnels de santé, partout en France avec plus de 110 000 partenaires.

Vos soins facilités, votre budget maîtrisé : Carte Blanche vous donne accès à un réseau de 10 300 opticiens partenaires, 4 000 chirurgiens-dentistes, 3 100 audio prothésistes ainsi qu'aux partenaires du réseau de médecines complémentaires et préventives, ...

Concrètement, vous disposez d'une carte de tiers payant estampillée Carte Blanche qui permet aux professionnels de vous identifier (ainsi que vos ayants droit).

❖ Vous n'avez aucune démarche à effectuer pour en bénéficier :

LA MUTUELLE GENERALE - ORANGE
TSA 30391
94261 LE KREMLIN BICETRE CEDEX
Tel : 0 800 01 31 31 (Service & appel gratuits)

almerys
Tel. Praticiens : 0 825 826 214
Fax PEC : 0 825 826 196

Télétrans hors SéSAM-vitale : 98532001
Période de validité : du 01/03/2016 au 31/12/2016
Télétrans/DRE : 98532001
N° adhérent : 2000123456780
N° de carte : 20150123456789
N° AMC : 775 685 340
Editée le : 17/02/2016
Tjp. conv. : MU CSR : 001

BENEFICIAIRE - NOM - PRENOM QUALITE - DATE DE NAISSANCE	code DRE/STS TFAVDE	SE*	GARANTIES OUVRANTES DROITS A TIERS PAYANT (PART REGIME OBLIGATOIRE INCLUSE)													
			PHAR	MG*	MS*	BIO	RAD*	AUX	SDENT	TRA	060	060	060	060	060	060
MARTIN Jean 10012345670 Assuré Né(e) le 15/12/1955	1551275670880	NON	OUI	100%S	190%A	225%B	400%R	225%C	400%R	300%R						
MARTIN Marie 10012345671 Ayant droit Né(e) le 10/06/1958	2580675560253	NON	OUI	100%S	190%A	225%B	400%R	225%C	400%R	300%R						
MARTIN Emma 10012345672 Ayant droit Né(e) le 20/03/1985	1551275670880	NON	OUI	100%S	190%A	225%B	400%R	225%C	400%R	300%R						

* Tiers Payant si respect du parcours de soins. S : LPRR 400% du remboursement SS R; du RBBB A 200% du RBBB si CAS B 250% du RBBB si CAS C 400% du RBBB si CAS PEC hospitalisation, dentaire, audiolprothèse via almerys. PEC optique via CBPEC 0 969 396 639 (Service gratuit - prix appel)

N°SIREN : 775 685 340 MUTUELLE SOUMISE AU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITE
CES Taux S'APPLIQUENT A LA BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

AUTRES GARANTIES : VOIR VOTRE DESCRIPTIF PRESTATIONS

N'oubliez pas de la présenter chaque fois que nécessaire !

❖ Des avantages immédiats :

- 1 Vous réalisez des économies (notamment sur les postes optique et dentaire...),
- 2 Vous n'avancez pas de frais,
- 3 Vous recevez des soins de qualité,
- 4 Enfin tout en gardant le libre choix de votre professionnel de santé, vous savez qui et où consulter.

En savoir plus sur Carte Blanche :

Rendez- vous sur lamutuellegenerale.fr et cliquez sur

Mon Espace Adhérent >

Vous pouvez accéder à l'annuaire des professionnels de santé et à leur géolocalisation mis à votre disposition sur votre espace adhérent dans la rubrique "Services et avantages/être guidé et se simplifier la vie/les opticiens Carte Blanche près de chez vous : optique de qualité à des tarifs avantageux."



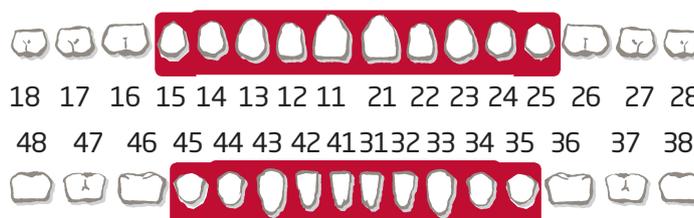
Frais dentaires	Limite des remboursements en % des dépenses engagées en complément des prestations versées par la Sécurité sociale et, le cas échéant, par tout autre organisme (Valeurs au 01/01/2016)
Actes dentaires (y compris Inlay-Onlay) remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR dans la limite de 300 % du MR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris Inlay-core et couronne sur implant)	100 % FR dans la limite de : Dent du devant : 500 % du MR Dent du fond : 400% du MR
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 : 391 € par dent Dent du fond : 310 € par dent Orthodontie : 580 € par semestre
Implants dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR dans la limite de 28% du PMSS par personne et par an, soit 901,04 €

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

» 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 pré-molaires numérotées de 11 à 15 et de 21 à 25 pour la mâchoire

supérieure, de 31 à 35 et de 41 à 45 pour la mâchoire inférieure. Le plafond de remboursement est moins élevé pour les molaires nommées dents du fond.



Frais d'optique	Prestations
Dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) toutes les deux années dites glissantes, décomptées à partir de la date de facturation dudit équipement, par bénéficiaire âgé de 18 ans ou plus. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, cette limitation est ramenée à une année.	
En tout état de cause, quel que soit le niveau de correction du défaut visuel, le remboursement de la monture prise en charge par le régime ne pourra excéder 150 €.	

Garanties plafonnées par verre selon les critères du contrat responsable et du contrat orange

Typologie des verres selon le contrat groupe Orange et correspondance avec typologie selon les critères des contrats responsables		Plafonds de garanties de VERRES, par verre et HORS MONTURES	
		Type de verres	Contrat Orange suivant PMSS 2016 (*)
N°11	simple foyer, de sphère allant de -6 à + 6 dioptries	simple	4 % PMSS soit 128,72 €
N°21	simple foyer, de cylindre inférieur ou égal à + 4 et de sphère allant de -6 à + 6 dioptries	simple	4 % PMSS soit 128,72 €
N°12	simple foyer, de sphère allant de -6.25 à -10 ou de + 6.25 à + 10 dioptries	complexe	7,5 % PMSS soit 241,35 €
N°13	simple foyer, de sphère située en dehors de la zone -10 à + 10 dioptries	complexe	7,5 % PMSS soit 241,35 €
N°22	simple foyer, de cylindre inférieur ou égal à + 4 et de sphère située en dehors de la zone allant de -6 à + 6 dioptries	complexe	7,5 % PMSS soit 241,35 €
N°23	simple foyer, de cylindre supérieur à + 4 et de sphère allant de -6 à + 6 dioptries	complexe	7,5 % PMSS soit 241,35 €
N°31	multifocal ou progressif, de sphère allant de -4 à + 4 dioptries	complexe	7,5 % PMSS soit 241,35 €
N°24	simple foyer, de cylindre supérieur à + 4 et de sphère située en dehors de la zone allant de -6 à + 6 dioptries	complexe	9,32 % PMSS soit 300,00 €

Frais d'optique		Prestations	
		Type de verres	Contrat Orange suivant PMSS 2016 (*)
N°32	multifocal ou progressif, de sphère située en dehors de la zone allant de -4 à + 4 dioptries	hyper complexe	10 % PMSS soit 321,80 €
N°41	multifocal ou progressif, quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère allant de -8 à + 8 dioptries	complexe	9,32 % PMSS soit 300,00 €
N°42	multifocal ou progressif, quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère située en dehors de la zone allant de -8 à +8 dioptries	hyper complexe	10 % PMSS soit 321,80 €

Plafonds spécifiques pour les paires de lunettes de verres de différents niveaux de correction

		Plafonds de garanties de VERRES, pour deux verres et HORS MONTURES Contrat Orange suivant PMSS 2016 (*)
Verre simple + verre complexe		14,29 % PMSS soit 460,00 €
Verre simple + verre hypercomplexe		15,84 % PMSS soit 510,00 €
Verre complexe + verre hypercomplexe		20 % PMSS soit 643,60 €

Monture

100 % des frais réels dans le réseau Carte Blanche (95 % hors réseau) - MR dans la limite de 150 €

Lentilles

Lentilles correctrices prises en charge par le régime obligatoire	15 % PMSS par année civile et par bénéficiaire
Lentilles correctrices non prises en charge par le régime obligatoire (y compris les lentilles correctrices jetables)	10 % PMSS par année civile et par bénéficiaire

Chirurgie réfractive

24 % PMSS par œil

(*) les garanties du régime Orange restent exprimées (pour les verres en pourcentage du PMSS sans pouvoir excéder le montant des plafonds de garanties des contrats responsables exprimés en €.

La prise en charge de l'équipement optique remboursé par la Sécurité sociale est limitée à un équipement tous les deux ans, composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

Le calcul de la période s'apprécie sur 24 mois glissants (ou 12 mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date de facturation de l'équipement.

Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et mon-

ture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

Le participant transmet à l'institution une facture détaillée et acquittée des frais d'optique. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le participant doit fournir une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction ou la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Il doit également transmettre à l'institution la prescription médicale de l'équipement précédent ou tout document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.





Le point sur vos démarches

» Faites analyser votre devis optique et dentaire

Avant d'accepter le devis proposé par un dentiste, vous avez la possibilité d'en envoyer une copie à La Mutuelle Générale, par courriel : orange_gestionsante@lamutuellegenerale.fr

Pour les frais d'optique, une copie du devis peut être adressée par courriel à Alméry's/ Carte Blanche :

carteblanche@carteblanchepartenaires.fr.

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.

» 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).

» Documents à joindre aux demandes de remboursements

L'adhérent bénéficie de la télétransmission	L'adhérent ne bénéficie pas de la télétransmission
Si la prestation à rembourser ne figure pas dans la liste ci-dessous, aucun document ne doit être envoyé. Le remboursement sera automatique.	Quelle que soit la prestation à rembourser, il faut systématiquement envoyer à La Mutuelle Générale le décompte de Sécurité sociale.



Que l'adhérent bénéficie ou non de la télétransmission : **pour toutes les prestations suivantes, il doit envoyer à La Mutuelle Générale les factures détaillées et acquittées :**

Honoraires Soins de ville	<ul style="list-style-type: none"> • Examen d'ostéodensitométrie 	
Médecine douce	<ul style="list-style-type: none"> • Ostéopathe, chiropracteur, psychologue, diététicien, sophrologue 	
Dentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses fixes et mobiles • Orthodontie • Implants 	<ul style="list-style-type: none"> • La facture doit détailler précisément le numéro de la dent concernée
Optique	<ul style="list-style-type: none"> • Monture et verres • Lentilles • Prothèses oculaires • Chirurgie réfractive 	<ul style="list-style-type: none"> • La facture doit détailler précisément la référence des verres
Cure thermale	<ul style="list-style-type: none"> • Etablissement thermal • Hébergement 	
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Frais de structure et de soins pris en charge à 100 % • Chambre particulière • Forfait journalier • Service psychiatrique • Accompagnement • Honoraires de praticiens 	<ul style="list-style-type: none"> • Joindre également l'attestation médicale complémentaire délivrée lors de la sortie

Pour recevoir le forfait Naissance - Adoption, envoyez l'acte de naissance ou la copie du jugement d'adoption à Humanis.



Le saviez-vous ?

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.



POUR TOUT RENSEIGNEMENT

Vous voulez :

- ❖ vérifier votre affiliation ;
- ❖ communiquer votre changement d'adresse ;
- ❖ informer d'une modification de situation de famille (mariage, PACS, concubinage, naissance, chômage du conjoint...);
- ❖ choisir ou modifier une équivalence ;
- ❖ modifier la liaison informatique Sécurité sociale Mutuelle (système NOEMIE).

Humanis

Equipe Orange
CP 240
303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans Cedex 09

Téléphone :

 **N° Cristal 0 969 39 72 72**
APPEL NON SURTAXÉ
(du lundi au vendredi de 8h à 18h)

Fax :
01 58 82 40 70

email :
prevoyance@humanis.com

internet :
www.humanis.com

Vous voulez :

- ❖ recevoir votre carte de tiers payant ;
- ❖ demander une prise en charge en cas d'hospitalisation ;
- ❖ obtenir un devis dentaire ou optique ;
- ❖ vous renseigner sur vos remboursements en cours ;
- ❖ géolocaliser un professionnel de santé du réseau Carte Blanche.

La Mutuelle Générale

TSA 10391
94281 Le Kremlin Bicêtre Cedex

Téléphone :

0 800 013 131 
(du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30)

Fax :
01 70 70 41 47

email :
orange_gestionsante@lamutuellegenerale.fr

internet :
www.lamutuellegenerale.fr
Rubrique > Mon Espace Adhèrent

