

Infosanté

Édition janvier 2019



Votre régime frais de santé

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 01/01/2019)	
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 adhérents à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / médecins adhérents à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO) 100% des frais réels dans la limite de 400 % du MR	Médecins NON adhérents à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / médecins NON adhérents à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO) 100% du ticket modérateur + 125 % du MR*
Forfait hospitalier	100 % des frais réels dans la limite de 20 €/ 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 84,43 €	
Personne accompagnant un enfant de moins de 12 ans	100 % des frais réels dans la limite de 2 % du PMSS par jour, soit 67,54 €	
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 adhérents à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / médecins adhérents à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO)	Médecins NON adhérents à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / médecins NON adhérents à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO)
- 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 185,71 % MR*
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, soit 33,77 €	
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, soit 1 350,80 €	

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 2019 : 3 377 €. (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 100 % de la BR.



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 24 €, 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.



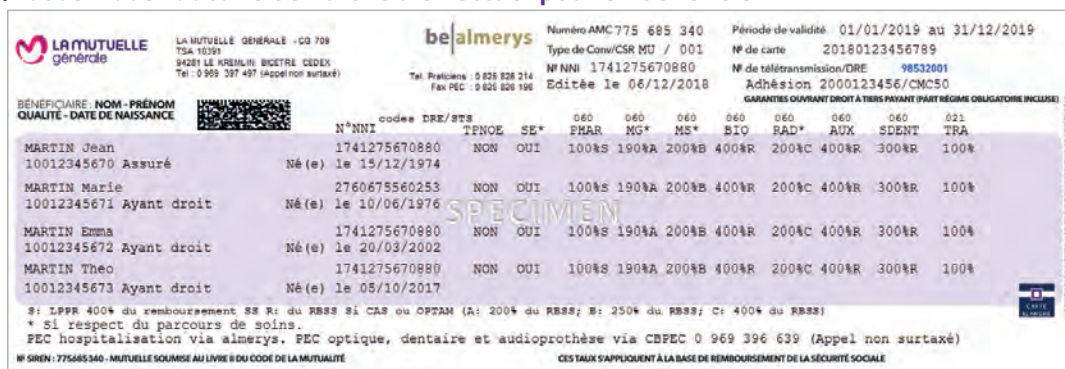
Carte Blanche : la santé gagnante

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.

Carte Blanche Partenaires gère les conventions de Tiers Payant pour plus de 180 000 professionnels de santé : pharmacies, laboratoires, radiologues, infirmiers, kinésithérapeutes, ambulanciers, fournisseurs d'appareillage, orthophonistes, orthoptistes, établissements hospitaliers privés et publics etc.

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 :



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



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



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 01/01/2018)
Actes dentaires (y compris Inlay-Onlay) remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR dans la limite de 300 % du MR ⁽¹⁾
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 945,56 €

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

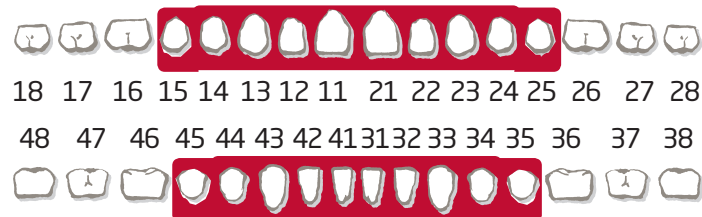
FR : frais réels - BR : base de remboursement de la Sécurité sociale - MR : montant remboursé par la Sécurité sociale sur la base du régime général - PMSS : valeur du plafond mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins. Exercice 2019 : 3 377 €.

» 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 prémolaires 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 cas de double prescription (vision de près et vision de loin) à la même date, le régime statue sur le remboursement de la deuxième paire de lunettes.

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 2019 (*)
N°11	simple foyer, de sphère allant de -6 à + 6 dioptries	simple	4 % PMSS soit 135,08 €
N°21	simple foyer, de cylindre inférieur ou égal à + 4 et de sphère allant de -6 à + 6 dioptries	simple	4 % PMSS soit 135,08 €
N°12	simple foyer, de sphère allant de -6.25 à -10 ou de + 6.25 à + 10 dioptries	complexe	7,5 % PMSS soit 253,28 €
N°13	simple foyer, de sphère située en dehors de la zone -10 à + 10 dioptries	complexe	7,5 % PMSS soit 253,28 €
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 253,28 €
N°23	simple foyer, de cylindre supérieur à +4 et de sphère allant de -6 à + 6 dioptries	complexe	7,5 % PMSS soit 253,28 €
N°31	multifocal ou progressif, de sphère allant de -4 à + 4 dioptries	complexe	7,5 % PMSS soit 253,28 €
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 314,74 €
N°32	multifocal ou progressif, de sphère située en dehors de la zone allant de -4 à + 4 dioptries	hyper complexe	10 % PMSS soit 337,70 €
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 314,74 €
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 337,70 €

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 2019 (*)
Verre simple + verre complexe	14,29 % PMSS soit 482,57 €
Verre simple + verre hypercomplexe	15,84 % PMSS soit 534,92 €
Verre complexe + verre hypercomplexe	20 % PMSS soit 675,40 €
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, soit 506,55 €
Lentilles correctrices non prises en charge par le régime obligatoire (y compris les lentilles correctrices jetables)	10 % PMSS par année civile et par bénéficiaire, soit 337,70 €
Chirurgie réfractive	24 % PMSS par œil, soit 810,48 €

(*) 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 €. 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 2019 : 3 377 €.

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 monture) 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.





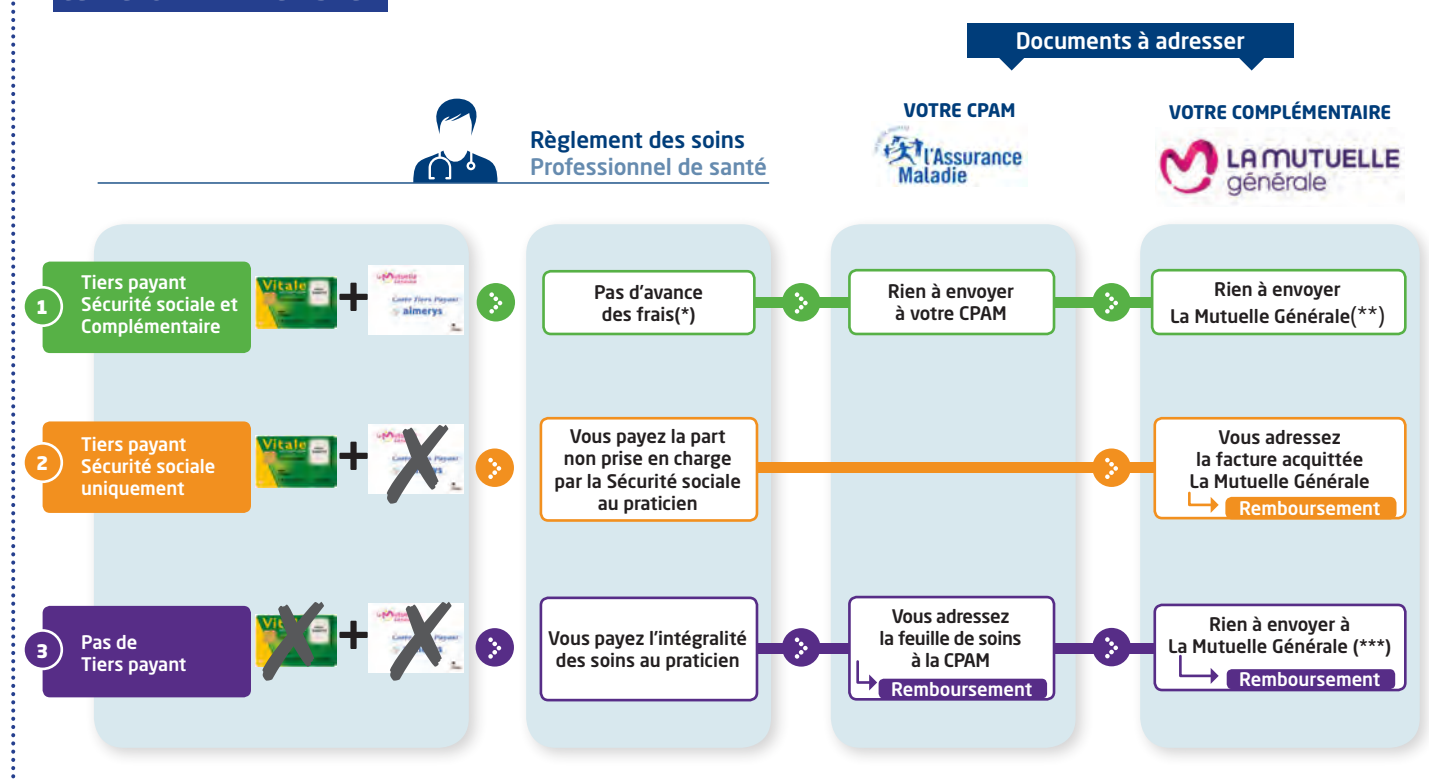
Le point sur vos démarches

» Comment bénéficier du système de tiers payant ?

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.

Les professionnels de santé exerçant en ville peuvent choisir d'appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'Assurance maladie sur la part des dépenses prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire et leur complémentaire santé. Si le praticien accepte le tiers payant sur la partie complémentaire, La Mutuelle Générale est tenu de l'appliquer.

LE TIERS PAYANT EN BREF



(*) Selon les niveaux de prise en charge indiqués sur la carte de tiers payant.

(**) Dans le cas de dépassements d'honoraires, pensez à adresser votre facture acquittée.

(***) Attention, si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission NOÉMIE (voir ci-après), vous devez adresser votre relevé de remboursement CPAM à La Mutuelle Générale et la facture acquittée, le cas échéant.

DOC1589-01HUMANIS03-17



Vous avez besoin d'une nouvelle carte de tiers payant ?

Téléchargez-la depuis votre espace adhérent puis imprimez-la chez vous ou affichez-la directement sur votre smartphone !

- Télécharger l'application M@Mutuelle ou « La Mutuelle Générale » depuis l'Apple store ou Google Play.
- Ouvrez ensuite votre espace adhérent pour y retrouver votre carte de tiers payant.
- Vous n'aurez plus qu'à présenter l'écran de votre téléphone aux professionnels de santé.

NOÉMIE : des remboursements plus simples et plus rapides

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.





» Garantie « Assistance à domicile IMA »

La Mutuelle Générale propose au membre participant affilié au contrat santé et à ses ayants droit, en lien avec Inter Mutuelles Assistance Assurances (IMA Assurance), un ensemble de services d'assistance qui interviennent lorsque les circonstances l'exigent. Pour bénéficier des prestations relatives à la garantie « LMG Assistance à domicile », il est indispensable de contacter, préalablement à toute intervention :

 N° Cristal **0 969 363 765**
APPEL NON SURTAXÉ

Retrouvez toutes les informations dans la notice d'information de la garantie « Assistance à domicile IMA ».

» Centre de Conseil Ligne Claire

Les assurés affiliés au contrat santé bénéficient d'un accès au Centre de conseil, centre d'appels dédié à l'établissement de devis. Pour demander l'analyse d'un devis optique, dentaire, audio, en cas

d'hospitalisation (chambre particulière, dépassements d'honoraires) pour connaître les montants de remboursement sur des soins à venir, le Centre de conseil est joignable par téléphone au :

0 969 391 977 Service 0,12 € / appel

du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi de 9h à 17h.

» 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, sous réserve que le praticien dispose d'un diplôme d'état dans sa spécialité et d'un numéro d'immatriculation au registre du commerce (numéro de Siret) :**

Honoraires	• Examen d'ostéodensitométrie	
Soins de ville		
Médecine douce	• Ostéopathe, chiropracteur, psychologue, diététicien, sophrologue	
Dentaire	• Prothèses fixes et mobiles • Orthodontie • Implants	• La facture doit détailler précisément le numéro de la dent concernée
Optique	• Monture et verres • Lentilles • Prothèses oculaires • Chirurgie réfractive	• La facture doit détailler précisément la référence des verres
Cure thermique	• Etablissement thermal • Hébergement	
Hospitalisation	• Frais de structure et de soins pris en charge à 100 % • Chambre particulière • Forfait journalier • Service psychiatrique • Accompagnement • Honoraires de praticiens	• 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.

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 8h30 à 19h)

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 ;
- ❖ 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 :

 **N° Cristal 0 969 397 497**
APPEL NON SURTAXÉ
(du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30)

Fax :
01 45 59 81 31

email :
orange_gestionsante@lamutuellegenerale.fr

internet :
www.lamutuellegenerale.fr
Rubrique > [Mon Espace Adhérent](#)

