

INFOSANTÉ

# Votre Régime Frais de santé

Février 2021



# SOMMAIRE

FRAIS D'HOSPITALISATION	3
SOINS COURANTS	4
QUELQUES MOTS SUR CARTE BLANCHE	5
FRAIS DENTAIRE	6
FRAIS D'OPTIQUE	9
AIDES AUDITIVES	12
LE POINT SUR VOS DÉMARCHES	13
GARANTIE « ASSISTANCE À DOMICILE IMA »	14
ANALYSE DE DEVIS ET CONSEILS	14
COMMENT OBTENIR LE VERSEMENT DES PRESTATIONS ?	14
DOCUMENTS À JOINDRE AUX DEMANDES DE REMBOURSEMENTS	15
POUR TOUT RENSEIGNEMENT	16

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

## Frais d'hospitalisation

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées, compte tenu des prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) sur la base du Régime Général et le cas échéant par tout autre organisme.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>	
Forfait journalier hospitalier	100% FR
<b>HONORAIRES</b>	
Honoraires du ou des praticiens - actes de chirurgie, d'anesthésie et de réanimation :	
- médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup> :	100% FR dans la limite de 400% MR
- médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup> :	100% TM + 125% MR*
Franchise pour actes techniques	100% FR
<b>AUTRES ACTES</b>	
Frais de séjour - Frais de salle d'opération	100% FR dans la limite de 400% MR
Chambre particulière	100% FR dans la limite de 2,50% PMSS <sup>(2)</sup> (85,70 €) par jour
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	100% FR dans la limite de 2% PMSS <sup>(2)</sup> (68,56 €) par jour
<b>FRAIS DE TRANSPORT</b>	
Frais de transport, prescrits médicalement, pris en charge par l'AMO	100% FR dans la limite du TM
<b>CURE THERMALE PRISE EN CHARGE PAR L'AMO</b>	
- Forfait de surveillance médicale	1% PMSS <sup>(2)</sup> (34,28€) par jour dans la limite de 21 jours
- Forfait thermal	
- Frais de transport et d'hébergement	
<b>MATERNITÉ (y compris hospitalisation)</b>	
Indemnité forfaitaire (un seul forfait par naissance)	40% PMSS <sup>(2)</sup> (1371,20 €) par enfant à l'exclusion de tout autre remboursement
<b>ADOPTION D'UN ENFANT</b>	
Indemnité forfaitaire	40% PMSS <sup>(2)</sup> (1371,20 €) par enfant à l'exclusion de tout autre remboursement

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale MR : montant remboursé par la Sécurité sociale TM : Ticket modérateur. C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime obligatoire d'assurance maladie (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

(1) Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou DPTAM-CO (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique).

(2) PMSS : Valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins Exercice 2021 : 3428 €. Vous pourrez consulter le montant actualisé du PMSS au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en vous connectant à l'adresse suivante : [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr) > La Sécurité sociale en chiffres > Principaux barèmes > Plafond de la Sécurité sociale.

\* quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée est limitée à 100 % de la BR.

**Les frais d'hospitalisation liés à la naissance ou l'adoption d'un enfant font l'objet d'un versement forfaitaire de 40 % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) sont exclus.**

## Soins courants

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>	
Consultations médicales et visites médicales du généraliste : Dans le parcours de soin :	
- Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100% FR dans la limite de 200% MR
- Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100% FR dans la limite de 171,42% MR**
Hors du parcours de soin :	
80% FR dans la limite de 100% MR	
Consultations médicales et visites médicales du spécialiste et du professeur : Dans le parcours de soin :	
- Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100% FR dans la limite de 250% MR
- Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100% FR dans la limite de 185,71% MR**
Hors du parcours de soin :	
80% FR dans la limite de 150% MR	
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie médicale et électrothérapie : Dans le parcours de soin :	
- Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100% FR dans la limite de 400% MR
- Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100% FR dans la limite de 185,71% MR**
Hors du parcours de soin :	
80% FR dans la limite de 200% MR	
Participation forfaitaire pour les actes lourds	100% FR
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>	
Actes d'auxiliaires médicaux	100% FR dans la limite de 400% MR
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>	
Frais d'analyses médicales, d'examens de laboratoire et de biologie médicale	100% FR dans la limite de 400% MR
<b>MEDICAMENTS</b>	
Frais pharmaceutiques, prescrits médicalement, pris en charge par l'AMO	100% TFR
<b>MATERIEL MEDICAL</b>	
Prothèses médicales non dentaires prises en charge par l'AMO :	
- Appareil orthopédique :	100% FR dans la limite de 400% MR
- Fournitures et appareillages médicaux non dentaires :	100% FR dans la limite de 400% MR
<b>MEDECINE DOUCE - PREVENTION</b>	
Ostéodensitométrie	100% FR dans la limite de 31€ par année civile et par bénéficiaire
Ostéopathie - Chiropractie - Psychologie - Diététique - Sophrologie (***)	30€ par séance dans la limite de 4 séances par année civile et par bénéficiaire toutes spécialités confondues

MR : Montant remboursé par la Sécurité sociale

PMSS : Valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins 2021 : 3428 €.

\* Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou DPTAM-CO (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique).

\*\* Quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée est limitée à 100 % de la BR.

\*\*\* Actes prescrits et pratiqués par un professionnel de santé disposant d'un diplôme d'état dans sa spécialité et d'un numéro d'immatriculation au registre du commerce (numéro SIRET).

### 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). **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.

# Quelques mots sur 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).

**Notre conseil : n'oubliez pas de présenter votre carte chaque fois que nécessaire !**

**LA MUTUELLE générale** LA MUTUELLE GENERALE - CG 709  
 TSA 41423  
 75621 PARIS CEDEX 13  
 Tél : 0 969 397 497 (Appel non surtaxé)

**bealmerys** Numéro AMC 775 685 340 Période de validité 01/01/2020 au 31/12/2020  
 Type de Conv/CSR MJ / 001 N° de carte 20190123456789  
 N° NNI 1741275670880 N° de télétransmission/DRE 98532901  
 Adhésion 2000123456/CMC50  
 Edité le 05/12/2019

**BÉNÉFICIAIRE - NOM - PRÉNOM**  
 QUALITÉ - DATE DE NAISSANCE

N° NNI	codes DRE/STS	TPNOE	SE*	060 PHAR	060 MG*	060 MS*	060 BIO	060 RAD*	060 AUX	060 SIDENT	021 TRA
MARTIN Mathieu 10012345670 Assuré Né(e) le 15/12/1974	1741275670880	NON	OUI	100% <b>A</b>	190% <b>A</b>	200% <b>B</b>	400% <b>R</b>	200% <b>C</b>	400% <b>R</b>	300% <b>R</b>	100%
MARTIN Aurélie 10012345671 Ayant droit Né(e) le 10/06/1976	2760675560253	NON	OUI	100% <b>A</b>	190% <b>A</b>	200% <b>B</b>	400% <b>R</b>	200% <b>C</b>	400% <b>R</b>	300% <b>R</b>	100%
MARTIN Emma 10012345672 Ayant droit Né(e) le 20/03/2002	1741275670880	NON	OUI	100% <b>A</b>	190% <b>A</b>	200% <b>B</b>	400% <b>R</b>	200% <b>C</b>	400% <b>R</b>	300% <b>R</b>	100%
MARTIN Theo 10012345673 Ayant droit Né(e) le 05/10/2017	1741275670880	NON	OUI	100% <b>A</b>	190% <b>A</b>	200% <b>B</b>	400% <b>R</b>	200% <b>C</b>	400% <b>R</b>	300% <b>R</b>	100%

S : LPPR 400% du remboursement SS R : du RBSS si CAS ou OPTAM (A : 200% du RBSS; B : 250% du RBSS; C : 400% du RBSS)  
 \* Si respect du parcours de soins.  
 PEC hospitalisation via almerys. PEC optique, dentaire et audioprothèse via CBPEC 0 969 396 639 (Appel non surtaxé)

Autres garanties : voir votre descriptif prestations

**PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

**VOTRE CONTACT**  
[www.almerys.com](http://www.almerys.com)  
 0 825 826 214 (Appel non surtaxé)  
**bealmerys** ALMERYS - 46, rue du Ressort  
 63967 Clermont-Ferrand - cedex 9

**CODIFICATIONS**

TPNOE pratique du tiers payant via la régime obligatoire  
 PHAR toute la pharmacie y compris PH2  
 PH2 pharmacie PH2\*  
 PH4 pharmacie PH4\*  
 PH7 pharmacie PH7\*  
 PH7/L PH7\* + produits LPPR\*  
 PH7/LA PH7\* + PH7\* + produits LPPR\*  
 BIO biologie hors SE  
 RAD radiologie hors SE  
 AUD audioprothèse

\* y compris honoraires de dispensation

**BÉNÉFICIAIRES**

**VOTRE CONTACT**  
 Pour toute information :  
[www.lamutuellegenerale.fr](http://www.lamutuellegenerale.fr)

Sur votre espace adhérent :

- consultez vos remboursements en ligne ;
- retrouvez le détail de vos garanties ;
- localisez les professionnels de santé qui pratiquent le tiers payant (dispense d'avance de frais) ;
- posez toutes les questions que vous souhaitez sur votre contrat.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition ou d'effacement auprès du Délégué à la Protection des Données (mesdonnees@lamutuellegenerale.fr)

**LA MUTUELLE générale**

Carte Tiers Payant

**Vous n'avez aucune démarche à effectuer pour en bénéficier.**

### 4 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 [www.lamutuellegenerale.fr](http://www.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. »

Vous avez besoin d'une nouvelle carte de tiers payant ? Téléchargez-la depuis votre espace adhérent puis imprimez-la chez vous.

## Frais dentaires

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées, compte tenu des prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) sur la base du Régime Général et le cas échéant par tout autre organisme.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
<b>SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES 100% SANTÉ*</b>	
Soins et prothèses dentaires 100% santé	100% FR dans la limite des honoraires limites de facturation**
<b>SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES À TARIFS MAÎTRISÉ ET LIBRE</b>	
Soins dentaires pris en charge par l'AMO	100% FR dans la limite de 300% MR
Inlay Onlay pris en charge par l'AMO	100% FR dans la limite de 300% MR
<b>PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR L'AMO (DONT COURONNE SUR IMPLANT, COURONNE PROVISoire ET INLAY CORE)</b>	
- Dents de devant (mâchoire supérieure : n° 11 à 15 et 21 à 25 / mâchoire inférieure : n° 31 à 35 et 41 à 45) :	500 % MR dans la limite des FR
- Dents du fond (mâchoire supérieure : n° 16 à 18 et 26 à 28 /mâchoire inférieure : n°36 à 38 et 46 à 48) :	400 % MR dans la limite des FR
<b>PROTHÈSES DENTAIRES NON PRISES EN CHARGE PAR L'AMO INSCRITES À LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX (CCAM)</b>	
- Dents de devant (mâchoire supérieure : n° 11 à 15 et 21 à 25 / mâchoire inférieure : n° 31 à 35 et 41 à 45)	80% FR dans la limite de 391€ par dent
- Dents du fond (mâchoire supérieure : n° 16 à 18 et 26 à 28 /mâchoire inférieure : n°36 à 38 et 46 à 48)	80% FR dans la limite de 310€ par dent
<b>Implantologie non prise en charge par l'AMO</b>	100% FR dans la limite de 28% PMSS (soit 959,84 €) par année civile et par bénéficiaire
<b>TRAITEMENT ORTHODONTIQUE</b>	
Traitement orthodontique pris en charge par l'AMO	100% FR dans la limite de 350% MR
Traitement orthodontique non pris en charge par l'AMO (bénéficiaire de moins de 16 ans)	80% FR dans la limite de 580€ par semestre

\* Les prothèses dentaires fixes 100% santé sont remboursées intégralement à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, les prothèses dentaires amovibles 100% santé sont remboursées intégralement à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 conformément à la réglementation du cahier des charges des contrats responsables et la nomenclature des actes 100% Santé.

\*\* Dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) tels que définis réglementairement par le cahier des charges des contrats responsables, remboursement de l'AMO inclus.

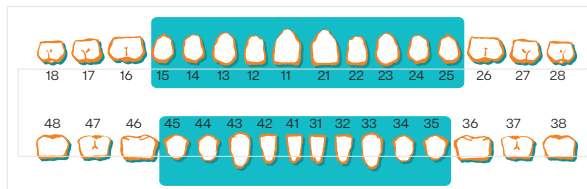
## Prothèses dentaires

Le montant du plafond de remboursement des prothèses dentaires est plus élevé pour les dents visibles au sourire appelées dents de 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 schéma ci-dessous vous permet de visualiser les dents concernées.

Le plafond de remboursement est moins élevé pour les molaires nommées dents du fond.



### Exemples de remboursements :

**Vous allez chez un dentiste pour un détartrage pris en charge par la Sécurité sociale**



**Vous allez chez un dentiste conventionné qui vous pose une couronne**

La couronne est acceptée par la Sécurité sociale.

Le taux de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire pris en compte dans les exemples est de 70%.

Le reste à charge est en fonction de vos frais réels, de la position de la dent et des matériaux, dans tous les cas, faites un devis !

° Incisive (dent n°11), canine (dent n°23) ou 1<sup>re</sup> prémolaire (dent n°14) ==> Dents de devant (voir classification)

Panier 100% santé (BR 120 €)	Panier 100% santé (BR 120 €)	Panier Libre (BR 107,50 €)
Céramique monolithique avec Zircone	Céramo monolithique sans zircone Céramométallique	Céramo céramique
Frais réels engagés de 440 € <sup>(1)</sup>	Frais réels engagés de 500 € <sup>(1)</sup>	Frais réels engagés de 900 € <sup>(2)</sup>
84 € Sécurité sociale	84 € Sécurité sociale	75,25 € Sécurité sociale
356 € Régime frais de santé	416 € Régime frais de santé	376,25 € Régime frais de santé
0 € À votre charge	0 € À votre charge	448,50 € À votre charge

(1) Honoraire Limite de Vente

(2) Honoraire Libre

° 2<sup>e</sup> prémolaire (dent n°15) ==> Dents de devant (voir classification)

Panier 100% santé (BR 120 €)	Panier Maîtrisé (BR 120 €)	Panier Libre (BR 107,50 €)
Céramique monolithique avec Zircone	Céramométallique	Céramo céramique
<b>Frais réels engagés de 440 €<sup>(1)</sup></b>	<b>Frais réels engagés de 550 €<sup>(1)</sup></b>	<b>Frais réels engagés de 900 €<sup>(2)</sup></b>
=	=	=
84 € Sécurité sociale	84 € Sécurité sociale	75,25 € Sécurité sociale
+	+	+
356 € Régime frais de santé	420 € Régime frais de santé	376,25 € Régime frais de santé
+	+	+
0 € À votre charge	46 € À votre charge	448,50 € À votre charge

° Molaire (dent n°17) ==> Dents du fond (voir classification)

Panier 100% santé (BR 120 €)	Panier Maîtrisé (BR 120 €)	Panier Libre (BR 107,50 €)
Métallique	Céramo monolithique avec zircone	Céramo céramique
<b>Frais réels engagés de 290 €<sup>(1)</sup></b>	<b>Frais réels engagés de 440 €<sup>(1)</sup></b>	<b>Frais réels engagés de 539 €<sup>(2)</sup></b>
=	=	=
84 € Sécurité sociale	84 € Sécurité sociale	75,25 € Sécurité sociale
+	+	+
206 € Régime frais de santé	336 € Régime frais de santé	301 € Régime frais de santé
+	+	+
0 € À votre charge	20 € À votre charge	162,75 € À votre charge

Votre dentiste a l'obligation de vous présenter un devis. Par contre, il n'a pas l'obligation de vous présenter un devis 100% Santé ou à tarif maîtrisé. Votre dentiste doit cependant vous informer si le devis qu'il présente en tarif libre concerne des prothèses pour lesquelles un devis « 100% santé » ou à tarif maîtrisé est possible. Cette alternative peut faire l'objet d'un devis séparé.

Vous pouvez obtenir une analyse de devis via votre Espace Adhérent La Mutuelle Générale, rubrique "Services et avantages" ou par courrier via l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant.

Dans la majeure partie des cas, le reste à charge peut être diminué si vous allez dans le réseau Carte Blanche.



## Frais d'optique

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées, compte tenu des prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le cas échéant par tout autre organisme.

NATURE DES FRAIS		PRESTATIONS	
<b>ÉQUIPEMENTS</b>			
Dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) corrigeant un déficit de vision ou une combinaison de déficits toutes les deux années dites glissantes pour un bénéficiaire âgé de 16 ans ou plus décomptées à partir de la date de facturation dudit équipement. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 16 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 ne pourra excéder 100€ (Assurance Maladie Obligatoire comprise)			
<b>ÉQUIPEMENTS DE CLASSE A (100% SANTE)*</b>			
Monture prise en charge par l'AMO :		100% FR dans la limite du PLV tel que défini réglementairement	
Verres pris en charge par l'AMO :		100% FR dans la limite du PLV tel que défini réglementairement	
Suppléments optiques pris en charge par l'AMO :		100% FR dans la limite du PLV tel que défini réglementairement	
<b>ÉQUIPEMENT DE CLASSE B (PANIER LIBRE)</b>			
Monture prise en charge par l'AMO :			
- Dans le réseau d'opticiens partenaires :		100 % FR - MR dans la limite de 100 €	
- Hors du réseau d'opticiens partenaires :		95 % FR - MR dans la limite de 100 €	
<b>Verres pris en charge par l'AMO :</b>			
<b>GARANTIES PLAFONNÉES PAR VERRE SELON LES CRITÈRES DU CONTRAT RESPONSABLE ET DU CONTRAT ORANGE**</b>			
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 2021
N°11	Simple foyer, de sphère allant de -6 à +6 dioptries	Simple	4 % PMSS, soit 137,12 €
N°21	Simple foyer, de cylindre inférieur ou égal à +4 dioptries et de sphère allant de -6 à 0 dioptries	Simple	4 % PMSS, soit 137,12 €
	Simple foyer, de sphère positive et de somme S inférieure ou égale à 6 dioptries	Simple	4 % PMSS, soit 137,12 €
N°12 - 13	Simple foyer, de sphère hors zone de -6 à +6 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €
N°22-24	Simple foyer, de cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptries et de sphère inférieure à -6 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €
N°22	Simple foyer, de sphère positive et de somme S supérieure à 6 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €
N°23	Simple foyer, de cylindre supérieur à +4 dioptries et de sphère allant de -6 à 0 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €
N°31	Multifocal ou progressif, de sphère allant de -4 à +4 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €
N°32	Multifocal ou progressif, de sphère située en dehors de la zone allant de -4 à +4 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 342,80 €
N°41	Multifocal ou progressif, de cylindre inférieur ou égal à +4 dioptries et de sphère allant de -8 à 0 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €
	Multifocal ou progressif, de sphère positive et de somme S inférieure ou égale à 8 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €
	Multifocal ou progressif, de cylindre supérieur à +4 et de sphère allant de -8 à 0 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 342,80 €

NATURE DES FRAIS		PRESTATIONS	
N°42	Multifocal ou progressif, de cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptrie et de sphère inférieure à -8 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 342,80 €
	Multifocal ou progressif, de sphère positive et de somme S supérieure à +8 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 342,80 €
Supplément optiques pris en charge par l'AMO		100 % TM	
LENTILLES			
Lentilles correctrices prises en charge par l'AMO En tout état de cause, les lentilles correctrices prises en charge par l'AMO sont remboursées à hauteur de 100 % TM.		100 % FR dans la limite de 15 % PMSS (soit 514,20 €) par année civile et par bénéficiaire	
Lentilles correctrices non prises en charge par l'AMO y compris les lentilles correctrices jetables		100 % FR dans la limite de 10 % PMSS (soit 342,80 €) par année civile et par bénéficiaire	
CHIRURGIE RÉFRACTIVE			
Chirurgie réfractive		100 % FR dans la limite de 24% PMSS (soit 822,72 €) par oeil	

PMSS : le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) est fixé chaque année par les pouvoirs publics sous forme de décret

\* Les verres, montures et suppléments de classe A (100% santé) sont définis réglementairement par le cahier des charges des contrats responsables. Le Panier Libre correspond au panier hors 100% Santé.

\*\* La prise en charge d'un équipement (2 verres + 1 monture) y compris Sécurité sociale ne peut pas dépasser les plafonds réglementaires des contrats responsables ci dessous :

Les garanties optiques respectent les planchers par équipement imposés par l'article D.911-1 4° du Code de la sécurité sociale portant sur la couverture minimale.

Les types de verres sont segmentés entre verres simples, complexes et hyper complexes (très complexes) selon le niveau de sphère et cylindre comme précisé dans le tableau des garanties.

NATURE DE L'ÉQUIPEMENT	PRESTATIONS
1 monture + 2 verres simples	420 €
1 monture + 2 verres complexes	700 €
1 monture + 2 verres hyper complexes	800 €
1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	560 €
1 monture + 1 verre simple + 1 verre hyper complexe	610 €
1 monture + 1 verre complexe + 1 verre hyper complexe	750 €

**Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture au sein d'un équipement est limitée à 100 euros.**

### Exemples de remboursements :

Vous achetez une paire de lunettes pour adulte (16 ans et plus)

1 monture + 2 verres simples n°11 (voir classification)

Lunettes de classe A (100% santé) =	Monture	2 verres	Lunettes de classe B (Panier Libre) =	Monture	2 verres
125 € Frais Réels engagés	▶ 30 €	+ 95€	345 € Frais Réels engagés	▶ 130 €	+ 215€
22,50 € Sécurité sociale	▶ 5,40 €	+ 17,10 €	0,09 € Sécurité sociale	▶ 0,03 €	+ 0,06 €
102,50 € Régime Frais de Santé	▶ 24,60 €	+ 77,90 €	314,91 € Régime Frais de Santé	▶ 99,97 €	+ 214,94 €
0 € Reste à votre charge	▶ 0 €	+ 0 €	30 € Reste à votre charge	▶ 30 €	+ 0 €

Vous achetez une paire de lunettes pour adulte (16 ans et plus)

1 monture + 2 verres complexes n°41 (voir classification)

Lunettes de classe A (100% santé) =	Monture	2 verres	Lunettes de classe B (Panier Libre) =	Monture	2 verres
210 € Frais Réels engagés	▶ 30 €	+ 180€	692 € Frais Réels engagés	▶ 150 €	+ 542 €
37,80 € Sécurité sociale	▶ 5,40 €	+ 32,40 €	0,09 € Sécurité sociale	▶ 0,03 €	+ 0,06 €
172,20 € Régime Frais de Santé	▶ 24,60 €	+ 147,60 €	614,17 € Régime Frais de Santé	▶ 99,97 €	+ 514,20 €
0 € Reste à votre charge	▶ 0 €	+ 0 €	77,74 € Reste à votre charge	▶ 50 €	+ 27,74 €

Vous achetez une paire de lunettes pour votre enfant (moins de 16 ans)

**1 monture + 2 verres simples n°11** (voir classification)

Lunettes de classe A (100% santé) =	Monture	2 verres	Lunettes de classe B (Panier Libre) =	Monture	2 verres
125 € Frais Réels engagés	▶ 30 €	⊕ 95€	250 € Frais Réels engagés	▶ 100 €	⊕ 150€
22,50 € Sécurité sociale	▶ 5,40 €	⊕ 17,10 €	0,09 € Sécurité sociale	▶ 0,03 €	⊕ 0,06 €
102,50 € Régime Frais de Santé	▶ 24,60 €	⊕ 77,90 €	249,91 € Régime Frais de Santé	▶ 99,97 €	⊕ 149,94 €
0 € Reste à votre charge	▶ 0 €	⊕ 0 €	0 € Reste à votre charge	▶ 0 €	⊕ 0 €

Vous achetez une paire de lunettes pour votre enfant (moins de 16 ans)

**1 monture + 2 verres complexes n°41** (voir classification)

Lunettes de classe A (100% santé) =	Monture	2 verres	Lunettes de classe B (Panier Libre) =	Monture	2 verres
210 € Frais Réels engagés	▶ 30 €	⊕ 180€	350 € Frais Réels engagés	▶ 100 €	⊕ 250 €
37,80 € Sécurité sociale	▶ 5,40 €	⊕ 32,40 €	0,09 € Sécurité sociale	▶ 0,03 €	⊕ 0,06 €
172,20 € Régime Frais de Santé	▶ 24,60 €	⊕ 147,60 €	349,91 € Régime Frais de Santé	▶ 99,97 €	⊕ 249,94 €
0 € Reste à votre charge	▶ 0 €	⊕ 0 €	0 € Reste à votre charge	▶ 0 €	⊕ 0 €

La prise en charge de l'équipement optique remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire est limitée à un équipement tous les deux ans, composé de deux verres et d'une monture.

Cette période est réduite à :

- 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue pour les adultes de 16 ans et plus;
- 6 mois pour les moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur;
- 6 mois en cas de perte de l'équipement ou de bris de verres pour les patients ayant un trouble neurologique avec atteinte de la motricité fine ou déficience intellectuelle sévère.

Dans ce cas, la demande doit préalablement être instruite par la Mutuelle Générale. A réception de l'accord de la Mutuelle Générale, la prise en charge peut être demandée.

Aucun délai de renouvellement minimal des verres (hors monture) n'est applicable pour les moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ou pour tout patient en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales particulières telles que visées par le paragraphe VIII.2 de l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au JO du 31/12/2018.

Le calcul de la période s'apprécie sur 24 mois glissants (ou 12 mois glissants pour les cas précités), 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 dernier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après. En cas d'achat séparé d'une composante de cet équipement, les différentes périodes sont également applicables. Lorsque les 2 verres sont délivrés et pris en charge de façon espacée dans le temps, la date à partir de laquelle le délai de renouvellement est compté est celle de délivrance du dernier verre.

En cas de double prescription (vision de près et vision de loin) à la même date, les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément. La délivrance d'un équipement avec des verres progressifs ou multifocaux en remplacement de 2 équipements est permise lorsque la période de renouvellement est échue pour chacun des 2 équipements.

**La Mutuelle Générale peut demander une facture détaillée et acquittée des frais d'optique.**

En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, il est demandé de 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. Dans ce cas, il est également demandé de transmettre à la Mutuelle Générale la prescription médicale de l'équipement précédent ou tout document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.

## Aides auditives

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) sur la base du Régime Général et sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées, compte tenu des prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le cas échéant par tout autre organisme.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
<b>Du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2021</b>	
Appareil auditif	100 % FR dans la limite de 540 % MR
Piles, accessoires et gestion administrative	100 % FR dans la limite de 540 % MR
<b>À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 : dans la limite d'une aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille</b>	
<b>Équipement 100 % Santé (*) – Classe I*</b>	
Appareil auditif	100 % FR dans la limite des PLV *
Piles, accessoires et gestion administrative	100 % FR dans la limite des PLV *
<b>Équipement tarif Libre (*) – Classe II</b>	
Appareil auditif	100 % FR dans la limite de 540 % MR**
Piles, accessoires et gestion administrative	100 % FR dans la limite de 540 % MR

PLV : Prix Limite de Vente

(\*) tel que défini réglementairement

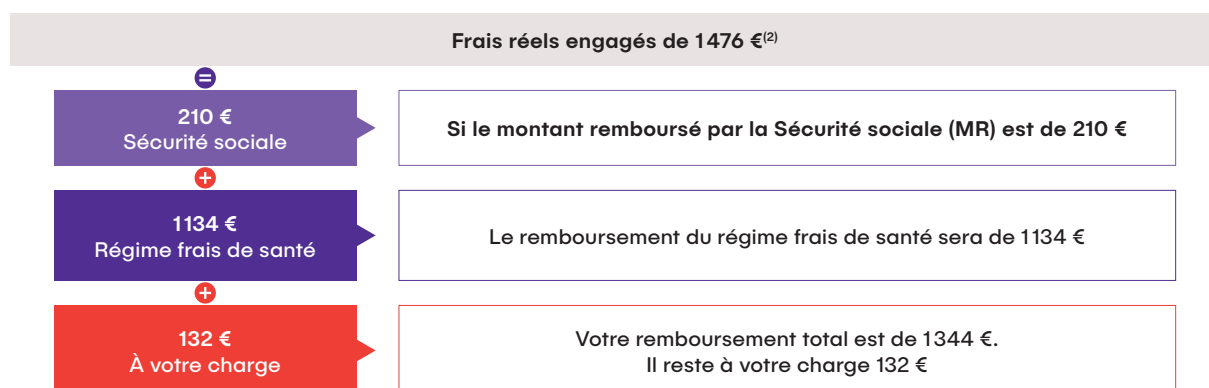
(\*\*) la prise en charge ne peut excéder le plafond de garanties des contrats responsables fixé à 1700 € (assurance maladie obligatoire + complémentaire santé) par appareil.

### Exemples de remboursements :

#### Vous achetez une aide auditive de classe I (100% Santé) pour adulte (20 ans et plus)



#### Vous achetez une aide auditive de classe II pour adulte (20 ans et plus)



(1) Prix Limite de Vente

(2) Prix Libre

# 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

Règlements des soins Professionnel de santé		Documents à adresser	
		Votre CPAM	Votre Complémentaire
<b>Tiers payant Sécurité sociale et Complémentaire</b>		<b>Pas d'avance de frais*</b>	<b>Rien à envoyer à votre CPAM</b>
<b>Tiers payant Sécurité sociale uniquement</b>		<b>Rien à envoyer à votre CPAM</b>	<b>Rien à envoyer La Mutuelle Générale**</b>
<b>Pas de Tiers payant</b>		<b>Vous payez la part non prise en charge par la Sécurité sociale</b>	<b>Vous adressez la facture acquittée La Mutuelle Générale</b>
		<b>Vous payez l'intégralité des soins au praticien</b>	<b>Vous adressez la feuille de soins à la CPAM</b>
			<b>Rien à envoyer La Mutuelle Générale***</b>

\* Selon les niveaux de prise en charge indiqués sur la Carte Tiers Payant.  
\*\* Dans le cas de dépassements d'honoraires, pensez à adresser votre facture acquittée.  
\*\*\* Attention, si vous 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.

### À NOTER

#### 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 :



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

## Analyse de devis et Conseils

Les assurés affiliés au contrat santé bénéficient du service Analyse de devis et Conseils.

Pour optimiser votre budget santé, connaître le coût moyen d'une prestation santé dans votre région, et estimer votre reste à charge, vous pouvez obtenir une analyse de devis via votre Espace Adhérent La Mutuelle Générale ([adherent@lamutuellegenerale.fr](mailto:adherent@lamutuellegenerale.fr)), rubrique "Services et avantages" ou par courrier via l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant.

## Comment obtenir le versement des prestations ?

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 <b>La Mutuelle Générale</b> le <b>décompte de Sécurité sociale</b> .
Que l'adhérent bénéficie ou non de la télétransmission : <b>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) :</b>		
<b>Honoraires Soins de ville</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen d'ostéodensitométrie</li> <li>- Transport et déplacement</li> <li>- Médecine douce</li> </ul>	
<b>Médecine douce</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ostéopathe, chiropracteur, psychologue, diététicien, sophrologue</li> </ul>	
<b>Produits pharmaceutiques et fournitures</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acoustique</li> <li>- Prothèses mammaires</li> <li>- Prothèses capillaires</li> <li>- Orthopédie</li> </ul>	
<b>Dentaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prothèses fixes et mobiles</li> <li>- Orthodontie</li> <li>- Implants</li> </ul>	La facture doit détailler précisément le numéro de la dent concernée
<b>Optique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monture et verres</li> <li>- Lentilles</li> <li>- Prothèses oculaires</li> <li>- Chirurgie réfractive</li> </ul>	La facture doit détailler précisément la référence des verres Une prescription médicale pourra également être demandée (voir conditions page 11)
<b>Cure thermale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Établissement thermal</li> <li>- Hébergement</li> </ul>	
<b>Hospitalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frais de structure et de soins pris en charge à 100 %</li> <li>- Chambre particulière</li> <li>- Forfait journalier</li> <li>- Service psychiatrique</li> <li>- Accompagnement</li> <li>- Honoraires de praticiens</li> </ul>	Joindre également l'attestation médicale complémentaire délivrée lors de la sortie
<b>Aides auditives</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appareil auditif</li> </ul>	La facture détaillée

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

## Pour tout renseignement

### **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.

### **Contactez**



#### **La Mutuelle Générale**

CG 709  
TSA 41423  
75621 Paris cedex 13

Tél. :  N° Cristal **0 969 397 497**

APPEL NON SURTAXÉ

du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

Espace Adhérent :  
**[adherent.lamutuellegenerale.fr](mailto:adherent.lamutuellegenerale.fr)**

Internet :  
**[www.lamutuellegenerale.fr](http://www.lamutuellegenerale.fr)**, rubrique  
**Mon Espace Adhérent.**

### **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 Noémie).

### **Contactez**



#### **Malakoff Humanis**

**Équipe Orange**  
CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq  
45953 Orléans cedex 9

Tél. :  N° Cristal **0 969 39 72 72**

APPEL NON SURTAXÉ

du lundi au vendredi de 8h30 à 19h

E-mail :  
**[prevoyance@malakoffhumanis.com](mailto:prevoyance@malakoffhumanis.com)**

Internet :  
**[malakoffhumanis.com](http://malakoffhumanis.com)**



#### **MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE**

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale  
Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181  
Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis  
21 rue Laffitte - 75009 Paris  
**[malakoffhumanis.com](http://malakoffhumanis.com)**



#### **LA MUTUELLE GÉNÉRALE**

CG 709 - TSA 41423 - 75621 Paris cedex 13  
**[lamutuellegenerale.fr](http://lamutuellegenerale.fr)**

