

FRAIS MEDICAUX RS3

PRESTATIONS ET GARANTIES M.B.T.P.S.E.	
CHIRURGIE/HOSPITALISATION MEDICALE	
Hôpitaux publics ou Cliniques conventionnées :	Complément à 100 % des frais réels* Prise en charge du forfait hospitalier sur la base de sa valeur fixée au 1er janvier de l'année en cours
Cliniques non conventionnées :	Frais de séjour : complément à 100% des frais réels dans la limite de 10 % PMSS par jour Honoraires : 100 % des frais réels
Hospitalisation à l'étranger :	Frais de séjour et honoraires : complément dans la limite de 20 % PMSS par jour
Chirurgie de la vue non prise en charge par la Sécurité Sociale	14 % PMSS par œil
Forfait de 18 € pour les soins supérieurs à 91 €	100 %
SOINS EXTERNES (dans les hôpitaux publics)	100 % TM
FRAIS D'ACCOMPAGNANTS (enfants hospitalisés de moins de 15 ans)	0,60 % PMSS/jour
CONSULTATIONS/VISITES/ACTES DE DIAGNOSTIC RADIOLOGIE	
- Praticiens conventionnés	80 % RSS
- Praticiens non conventionnés	
- Omnipraticien	0,5 % PMSS
- Spécialiste	1 % PMSS
- Neuropsychiatre	2 % PMSS
PHARMACIE	100% TM
TRANSPORTS	100 % TM
OPTIQUE	
- Verres et lentilles cornéennes acceptées par la Sécurité Sociale	85 % de la différence entre les FR et le RSS
- Monture	4 % PMSS par an et par bénéficiaire
- Lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale	5 % PMSS par an et par bénéficiaire
AUXILIAIRES MEDICAUX (analyses, massages, piqûres, appareillage)	100 % TM
PROTHESES AUDITIVES	350 % BR y compris le remboursement de la Sécurité Sociale
PROTHESES CAPILLAIRES et MAMMAIRES prises en charge par la Sécurité Sociale	4 % PMSS
SOINS DENTAIRES	60 % RSS
PROTHESES DENTAIRES	350 % BR y compris le remboursement de la Sécurité Sociale
ORTHODONTIE	400 % BR y compris le remboursement de la Sécurité Sociale
IMPLANTOLOGIE DENTAIRE non prise en charge par la Sécurité Sociale	350 € par an et par bénéficiaire
CURES THERMALES	12 % PMSS par an et par bénéficiaire
MATERNITE	- Allocation forfaitaire égale à 15 % PMSS au 31 décembre de l'année précédente. - Naissance gémellaire : Indemnité majorée de 50 % - Adoption : Prime maternité versée pour enfant âgé de moins de 7 ans

* Y compris dépassement d'honoraires et supplément chambre individuelle sans limitation de durée.

TM : Ticket modérateur : différence entre le tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale et son remboursement FR : Frais réel PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale	RSS : Remboursement de la Sécurité Sociale BR : Base de remboursement
--	--

GENERALITES

PERSONNES GARANTIES

Sont garantis :

- le participant,
- son conjoint non divorcé ou son concubin, sur production d'un certificat de concubinage notoire établi par la mairie du domicile et renouvelable chaque année à la date anniversaire de l'inscription.
- Les enfants célibataires sont garantis
 - ⇒ jusqu'à 21 ans s'ils figurent sur la carte Sécurité Sociale du participant, de son conjoint non divorcé ou de sa concubine.
 - ⇒ de 16 à 25 ans, s'ils sont scolaires, étudiants, apprentis ou en formation professionnelle dans le cadre d'un contrat de travail si les ressources ne sont pas supérieures à 55 % du SMIC
 - ⇒ Quel que soit leur âge, les enfants handicapés titulaires de la carte d'invalidité et fiscalement à charge.

Tout justificatif devra être présenté sur demande de la Mutuelle

PRESTATIONS

Sauf indications contraires figurant dans le descriptif de vos garanties, nos remboursements de frais médicaux et chirurgicaux sont accordés uniquement si la Sécurité Sociale a elle-même accordé sa participation.

Ils sont effectués dans la limite **des frais engagés et déclarés** à la Sécurité Sociale et sont conformes aux dispositions du code de la Sécurité Sociale relatives aux contrats "responsables". Par ailleurs les participations forfaitaires et les franchises ne sont pas prises en charge au titre de ce contrat.

Le droit aux prestations médicales et chirurgicales est prescrit dans un délai de deux ans à compter du jour des soins.

Le droit à l'allocation "maternité" est prescrit dans un délai de cinq ans à compter de la naissance de l'enfant ou de son adoption.

BON DE PRISE EN CHARGE (TIERS-PAYANT)

En cas d'hospitalisation avec ou sans chirurgie, la MBTPSE peut établir un bon de prise en charge permettant le règlement direct par la mutuelle des frais d'hospitalisation.

Le participant doit demander préalablement cette pièce en joignant soit photocopie de son dernier bulletin de paie, soit attestation de l'employeur justifiant de son appartenance à l'Entreprise adhérente, la prise en charge sera ensuite adressée directement à l'établissement choisi pour l'admission du malade.

PIECES A FOURNIR POUR LE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Dans la plupart des cas, les décomptes sont directement transmis par la Sécurité Sociale (à vérifier sur les décomptes)

Dans le cas contraire, nous adresser la carte d'assuré social pour établir cette transmission.

Lorsque celle-ci ne peut être effectuée, seuls les originaux des décomptes de la Sécurité Sociale sont acceptés pour effectuer les remboursements complémentaires.

Il en est de même pour les notes d'honoraires et factures indispensables pour la chirurgie, l'hospitalisation, l'optique, les traitements spéciaux et la prothèse dentaire.

POUR LA MATERNITE

Nous adresser un acte de naissance ou la photocopie du livret de famille.

PAIEMENT DES PRESTATIONS DE SECURITE SOCIALE

La MBTPSE a été agréée comme Section Locale pour le paiement des prestations de l' Assurance Maladie au bénéfice des participants résidant dans la circonscription de la CPAM de Lyon.

Elle est donc habilitée à remplir toutes les charges d'un Centre de Sécurité Sociale, sauf pour les accidents du travail pour lesquels il convient de s'adresser à la CPAM de Lyon.

