

## Des questions ?

La Mutuelle des Scop et des Scic est là pour vous accompagner dans votre parcours de santé



la mutuelle  
des scop  
et des scic

C'est quoi la  
télétransmission ?

Comment être  
remboursé ?

Quels justificatifs  
transmettre ?

Le Tiers-Payant ?



Quand je donne ma carte vitale à la fin d'une consultation, que se passe-t-il ?





Avec la **carte Vitale**, le praticien va transmettre les informations sur le soin réalisé (tarifs, codes actes...) à la Caisse d'Assurance Maladie.



Télétransmission  
NOEMIE



Il est parfois nécessaire que le praticien ou le patient transmette des justificatifs complémentaires à la Mutuelle.



Justificatifs  
(factures,...)

**CARTE VITALE** = Votre carte Vitale contient tous les renseignements nécessaires au remboursement de vos frais de santé.

**NOEMIE** = Norme Ouverte d'Echange Maladie avec les Intervenants Extérieurs

C'EST QUOI UN **OPÉRATEUR TIERS-PAYANT** ?

Pour que vous n'ayez pas à avancer les frais, le professionnel de santé signe une convention directement avec un opérateur Tiers-Payant partenaire de la Mutuelle.  
La Mutuelle des Scop a choisi OXANTIS - VVY Harmonie Mutuelle comme partenaire Tiers-Payant

Pourquoi dois-je transmettre des **JUSTIFICATIFS** ?

Dans certains cas (qui sont détaillés après), la Mutuelle n'a pas reçu les informations via les flux informatiques et a besoin de précisions pour vous rembourser : la référence de l'acte (aussi appelé code acte) , qui doit être remboursé le praticien ou l'adhérent...



**Au moment de régler les soins (consultations, analyses...) :**

**quelles sont les différentes situations ?**

**Mon praticien pratique-t-il le Tiers-Payant ou pas ?**



# Selon les usages du professionnel de santé (pharmacien, médecin, dentiste, laboratoire,...) :

1



+

0 €

**vous présentez votre carte vitale et votre carte Mutuelle** et vous ne réglez rien.

=> Vous n'avez rien à faire !

**= le Tiers-Payant est total : Sécu + Mutuelle**

2



+



Part Sécu €  
+ Part Mutuelle €

**Vous présentez votre carte vitale, mais vous réglez la totalité de l'acte**

Vous êtes remboursé automatiquement par la Sécurité Sociale qui « télétransmet » l'information à la Mutuelle, qui vous rembourse automatiquement

=> vous recevez les règlements de la Sécu et de la Mutuelle directement sur votre compte bancaire, **vous n'avez rien à faire !**

**= Pas de Tiers-Payant** mais remboursement automatique Sécu + Mutuelle

3



+



Part Mutuelle €

**Vous présentez votre carte vitale, vous ne réglez pas la part Sécurité Sociale, mais seulement la part Mutuelle**

=> Pour être remboursé par la Mutuelle, il faut envoyer à la Mutuelle : la **facture acquittée** et/ou le **décompte de Sécurité Sociale**

**= Tiers-Payant partiel**

4



Part Sécu €  
+ Part Mutuelle €

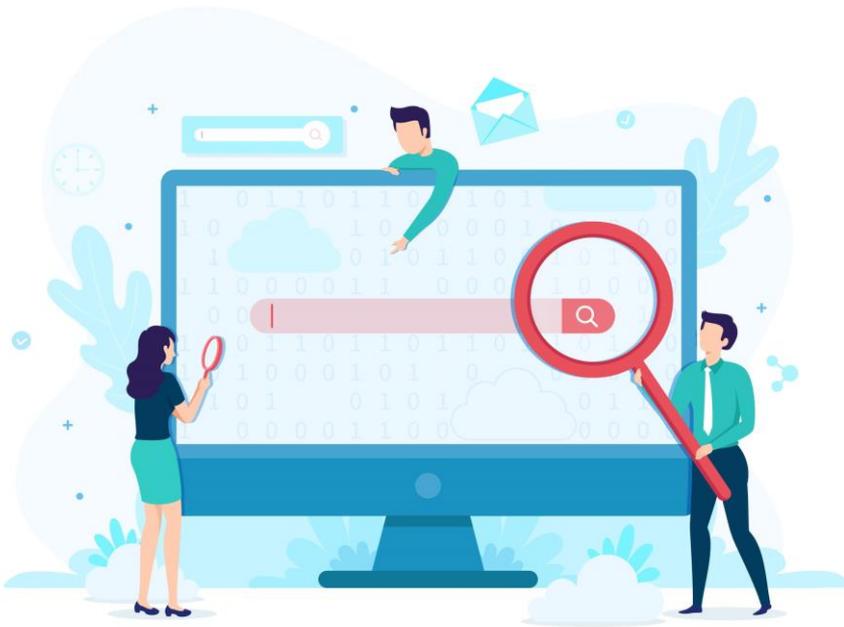
**Vous ne présentez pas votre carte vitale, vous réglez la totalité de l'acte**

=> Pour être remboursé par la Mutuelle, il faut envoyer à la Mutuelle : la **facture acquittée** et/ou le **décompte de Sécurité Sociale**

**= Pas de Tiers-Payant**



# Comment lire les informations sur mon décompte d'Assurance Maladie et savoir comment la Mutuelle va me rembourser ?



designed by  freepik



# Savoir lire son décompte de Sécurité Sociale, pour être bien remboursé :

## CAS 1

Il est indiqué sur le décompte que le remboursement a été transmis à votre Mutuelle automatiquement ; **ET** que **VOUS** avez réglé les soins.

Avec la télétransmission *NOEMIE*, la Mutuelle a reçu toutes les informations. => **vous n'avez rien à faire**, le remboursement est automatique !

Page 1/2

 **l'Assurance Maladie**

assuré social [REDACTED]  
n° de Sécurité Sociale [REDACTED]  
Pour tout contact, écrivez à votre caisse directement depuis la messagerie de votre compte Ameli

CPAM de PARIS 21, rue Georges Auric  
75019 PARIS cedex 19

MME. [REDACTED]

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/11/2021 au 30/11/2021 .  
Le remboursement des sommes que vous avez avancées est d'ores et déjà effectué sur votre compte. Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire MUTUELLES VYV - HARMONIE. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

**vos remboursements de soins**

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour [REDACTED] né(e) le 16/08/2005 maladie réf 2201 [REDACTED]				
09/11/2021	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT C. SPECIFIQUE Sect2 (APC) le 12/11/2021 : 35,00 euro(s)	80,00	50,00	70 %	35,00
	maladie réf 2201 [REDACTED]				
15/11/2021	ORTHODONTIE (TO 75.0) le 17/11/2021 : 161,25 euro(s)	600,00	161,25	100 %	161,25

2

« Vos remboursements de soins »

Cela indique que vous avez réglé le soin et que la Sécu va vous rembourser !

1

« Ces informations ont été transmises... »

Cela confirme que la Sécu a bien transmis les informations à la Mutuelle avec la télétransmission



# Savoir lire son décompte de Sécurité Sociale, pour être bien remboursé :

## CAS 2

Il est indiqué sur le décompte que le remboursement a été transmis à votre Mutuelle automatiquement ; **ET que le professionnel de santé a effectué du TIERS-PAYANT.**

Le flux NOEMIE a donc été transmis à la Mutuelle « Pour Information », sans préciser si la Mutuelle doit rembourser le professionnel de santé ou l'adhérent. => **la Mutuelle a besoin de la facture du professionnel de santé ou de la facture acquittée de l'adhérent** pour effectuer son remboursement .

**2**  
« pour information »  
cela indique (par défaut)  
que le professionnel a  
pratiqué le Tiers-Payant

Si vous avez réglé une partie  
du soin indiqué dans cette rubrique  
il faudra alors nous transmettre :  
le décompte de l'Assurance Maladie  
+ la facture acquittée

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/11/2021 au 30/11/2021 .  
Le remboursement des sommes que vous avez avancées est d'ores et déjà effectué sur votre compte. Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire MUTUELLES VYV - HARMONIE. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

pour information				
dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours. taux	montant versé
pour [redacted] né(e) le 04/12/1973 maladie né 2201 21 [redacted]				
26/10/2021	VERRE OPTIQUE B (VM1)	329,00	0,05 60 %	0,03
26/10/2021	VERRE OPTIQUE B (VM1)	329,00	0,05 60 %	0,03
26/10/2021	MONTURE OPTIQUE B (M03)	159,00	0,05 60 %	0,03
réglé le 02/11/2021 au destinataire SARL L'ATELIER : 0,09 euro(s)				
pour [redacted] né(e) le 16/08/2005 maladie né 2201 21 [redacted]				
22/11/2021	SOINS DENTAIRES (SDE)	46,50	46,50 70 %	32,55
22/11/2021	SOINS DENTAIRES (SDE)	46,50	46,50 70 %	32,55
réglé le 24/11/2021 au destinataire KOCH ANDREAS : 65,10 euro(s)				

**1**  
« Ces informations ont  
été transmises... »  
Cela confirme que la  
Sécu a bien transmis les  
informations à la  
Mutuelle avec la  
télétransmission



## Quand et quels justificatifs, dois-je envoyer à la Mutuelle ?



A la fin de la consultation, le patient a donné sa carte vitale au praticien. Il a réglé la totalité des soins. Il n'y a pas eu de Tiers-Payant.

**A-t-il besoin de transmettre un justificatif ?**

**NON !**

Exemple avec le règlement d'un soin d'orthodontie pour un enfant

La Sécurité Sociale a reçu l'information et a fait le règlement de la part Sécu. Puis, **elle a télétransmis à la Mutuelle** les informations en lui indiquant : le soin réalisé, le montant de la prise en charge de la Sécu et que le patient avait réglé. => La Mutuelle a toutes les informations, et peut **régler automatiquement** l'adhérent.

CPAM de PARIS 21, rue Georges Auric  
75019 PARIS cedex 19

MME. [redacted]

Voici le détail des versements effectués pour la période du 04/09/2021 au 30/09/2021 .  
Le remboursement des sommes que vous avez avancées est d'ores et déjà effectué sur votre compte. Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire . En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

**vos remboursements de soins**

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour [redacted] né(e) le 16/08/2005 maladie réf 2201 212345				
05/06/2021	ORTHODONTIE Sect1 (TO 45.0) le 13/09/2021 : 96,75 euro(s)	500,00	96,75	100 %	96,75
	pour [redacted] né(e) le 04/12/1973 maladie réf 2201 21245 [redacted]				
01/09/2021	PARCOURS COORDONNE - ACCES DIRECT AUTORISE CONSULTATION SPE. Sect2 (CS)	120,00	23,00	70 %	16,10
01/09/2021	PARCOURS COORDONNE - ACCES DIRECT AUTORISE participation forfaitaire Sect2 (PPH)				-1,00
	le 03/09/2021 : 15,10 euro(s)				

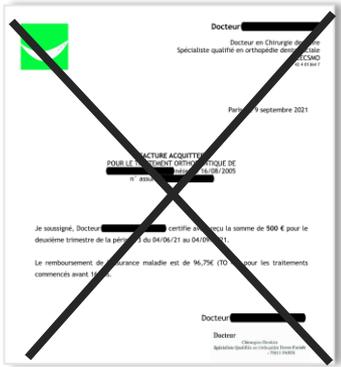
« Vos remboursements de soins »  
+  
« Ces informations ont été transmises.... »

Vous n'avez rien à faire, la Mutuelle va recevoir les infos de la Sécu et vous rembourser !

ORTHODONTIE Sect1 (TO 45.0)  
le 13/09/2021 : 96,75 euro(s)

Ici, la Mutuelle a toutes les informations pour rembourser l'adhérent : le **montant pris en charge par la Sécu (96,75€)** et la description de l'acte avec le **code acte (TO 45)**

**Pas besoin de la facture**



A la fin de la consultation, le patient a donné sa carte vitale.

Le médecin a fait un Tiers-Payant partiel : la patient a réglé uniquement la part Mutuelle.

**A-t-il besoin de transmettre un justificatif ?**

**OUI !**

Exemple avec le règlement d'une consultation spécialiste pour un enfant :

La Sécurité Sociale a reçu l'information et a réglé le professionnel de santé.

Mais ici, la Mutuelle n'a pas d'informations sur qui a réglé la part Mutuelle : l'adhérent ? ou le professionnel de santé ?

La Mutuelle aura donc besoin que le professionnel de santé ou l'adhérent lui fasse une demande de remboursement.

**Si l'adhérent a réglé, il devra envoyer à la Mutuelle : le décompte de Sécurité Sociale + la facture acquittée.**

### Décompte de Sécurité Sociale

CPAM de PARIS 21, rue Georges Auric  
75019 PARIS cedex 19

MME [REDACTED]

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/12/2021 au 31/12/2021 :

pour information	dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
pour [REDACTED] (né(e) le 13/04/2010)						
	15/12/2021	PREPAR MAGISTRALE (PM)	6,01	6,01	100%	6,01
	15/12/2021	PREPAR MAGISTRALE (PM)	19,00	19,00	100%	19,00
régle le 20/12/2021 au destinataire GRANDE PHARMACIE SAINT MA UR : 25,01 euro(s)						
pour [REDACTED] (né(e) le 04/12/1973)						
	18/12/2021	PREPAR MAGISTRALE (PM)	6,01	6,01	100%	6,01
	19/12/2021	PREPAR MAGISTRALE (PM)	19,00	19,00	100%	19,00
	19/12/2021	URGENCE PHARMACIE (UPH)	5,00	5,00	100%	5,00
régle le 23/12/2021 au destinataire SELAS PHARMACIE CENTRALE DU XI EME : 30,01 euro(s)						
pour [REDACTED] (né(e) le 13/04/2010)						
	20/12/2021	PHARMACIE (PH) + PC1	12,37	12,37	65%	8,04
	20/12/2021	HONOR. DISPENS. (HD) + PC1	1,02	1,02	65%	0,66
	20/12/2021	PHARMACIE (PH) + PC1	13,82	13,82	65%	8,99
	20/12/2021	HONOR. DISPENS. (HD) + PC1	1,02	1,02	65%	0,66
	20/12/2021	HONOR. DISPENS. REM. (HDM) + PC1	0,51	0,51	65%	0,33
régle le 23/12/2021 au destinataire GRANDE PHARMACIE SAINT MA UR : 18,54 euro(s)						
malade [REDACTED]						
	21/12/2021	CONSULTATION SPE. Sect1 (CS MPCMCS)	30,00	30,00	70%	21,00
régle le 28/12/2021 au destinataire CDS FOURNIER CHEMIN VERT : 21,00 euro(s)						

Ici, la Mutuelle a toutes les informations pour rembourser l'adhérent : le **montant pris en charge par la Sécu (21 €)** et la description de l'acte avec le **code acte (CS MPCMCS)**

### Facture acquittée

Identification du professionnel de santé :  
CENTRE DE SANTE FOURNIER-CHEMIN VERT  
44 RUE PETION  
75011 PARIS  
Tél: 01 84 17 11 00

Date: 21/12/2021

N° Affilié: 2  
Affiliation: 01 751 5541  
Numéro de dossier: 201

La somme de 9,00 euros  
Mode Carte Bancaire  
Le 21/12/2021

De [REDACTED]  
75011 PARIS 11

REÇU N° 65454

Date	Acte	Spéc. Prat.	Désignation	Acte C.C.A.M.	Montant Total	Montant A.M.O.	Montant A.M.C.	Montant Assuré	Date et N° Facture
21/12/2021	05	CS	1		23,00	16,10		6,90	21/12/2021 341
21/12/2021	05	MPC	1		2,00	1,40		0,60	
21/12/2021	05	MCS	1		5,00	3,50		1,50	

Facture acquittée  
Centre de Santé Fournier  
Chemin Vert  
44-46 rue Petion 75011 Paris  
750 052 722

Ici, la facture est **acquittée** : elle fait mention du règlement par le patient.

### « Pour information »

La Sécu **ne** transmet pas l'info à la Mutuelle sur qui doit être remboursé, entre le praticien et le patient.

La Mutuelle attend une demande de remboursement du praticien ou de l'adhérent !

# A RETENIR !

- ❑ Selon le praticien, **ce que vous régler** peut varier : rien, ou uniquement la part Mutuelle ou la totalité de l'acte.
  
- ❑ La **télétransmission** est le lien automatique entre la Sécu et la Mutuelle ; elle permet à la Mutuelle de recevoir les informations sur le soin (code, tarif....), et de faire le remboursement automatiquement.
  
- ❑ Dans certains cas, la télétransmission ne fonctionne pas ou la Mutuelle n'a pas reçu toutes les informations, vous aurez alors besoin de transmettre des **justificatifs** :
  - ✓ Le décompte de l'assurance maladie
  - ✓ La facture acquittée
  - ✓ .....
  
- ❑ Retrouvez plus d'infos et la liste des justificatifs demandés page 6 du [GUIDE PRATIQUE FRAIS DE SANTE !](#)



## Pour nous contacter, c'est simple !

Par mail [contact@mutuelledesscop.fr](mailto:contact@mutuelledesscop.fr)

Par courrier 12 quai de la Mégisserie 75001 Paris

Par téléphone 01.42.36.92.06

Par internet [www.mutuelledesscop.fr](http://www.mutuelledesscop.fr)

Retrouvez toutes les actualités et les conseils prévention  
de votre mutuelle sur

