



Notice d'information

régime complémentaire frais de santé

des salariés des organismes
de Sécurité sociale

Date d'effet 1^{er} avril 2015



Préambule

Les partenaires sociaux de la Sécurité sociale ont signé le 12 août 2008, un accord collectif qui a reçu l'agrément des pouvoirs publics le 7 octobre 2008, visant la mise en place d'un régime frais de santé applicable à l'ensemble des organismes de Sécurité sociale et de leurs établissements, au bénéfice de l'ensemble de leurs salariés. Cet accord concerne également l'ensemble des salariés des organismes ayant reçu l'accord de la Commission Paritaire de Pilotage du régime pour mettre en application ce régime.

À ce titre, vous bénéficiez des garanties découlant de l'accord du 12 août 2008 et de ses avenants et ce, sans condition d'ancienneté.


Ce régime est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

La présente notice prend en compte les évolutions réglementaires, notamment :

- ✓ la généralisation de la portabilité des droits issue de l'article L 911-8 du code de la Sécurité sociale introduit par la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013,
- ✓ la modification de l'article 4 de la loi Evin introduite par l'article 1^{er} de la loi relative à la sécurisation de l'emploi,
- ✓ l'extension de la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM) au volet dentaire (hormis l'orthodontie), déterminée par l'avenant n° 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux du 31 juillet 2013,
- ✓ les nouvelles dispositions du Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 déterminant les règles attachées aux « Contrats responsables »,

Elle entérine également les améliorations de prestations décidées par la Commission Paritaire de Pilotage des 27 novembre 2013 et 29 octobre 2014.

 **Nous mettons tout en œuvre pour vous assurer une protection sociale de qualité.**

 **Pour tout renseignement, n'hésitez pas à contacter votre organisme gestionnaire.**

Sommaire

BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME	4
Bénéficiaires à titre obligatoire	4
Adhésion à titre obligatoire	7
Bénéficiaires à titre facultatif	8
Adhésion à titre facultatif	8
Régime d'accueil des anciens salariés	9
TIERS PAYANT	10
Carte de tiers-payant	10
GARANTIE	10
Description de la garantie frais de santé	10
Contrat responsable	10
Prise d'effet de la garantie	11
Terme de la garantie	11
Comment vous faire rembourser ?	12
Pièces justificatives à joindre à vos demandes de remboursements	12
Définitions	13
Tableau des garanties	18
Grille optique	19
Exemples de remboursement	20
FONDS DE SOLIDARITÉ	21
COTISATIONS	21
Assiette de cotisations	21
Modalités de paiement des cotisations	22
Évolution des cotisations	22
Défaut de paiement de la cotisation à titre facultatif	22
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	23
LEXIQUE	24
ANNEXE	27
LA GESTION DE VOTRE RÉGIME	28
Centres d'accueil dédiés au suivi de votre régime	28
Comment nous contacter ?	28
Notre service tiers-payant	29
Vos remboursements	30

Bénéficiaires du régime

Bénéficiaires à titre obligatoire

Le régime frais de santé à adhésion obligatoire concerne, sans délai de carence, l'ensemble du personnel sous contrat de travail inscrit à l'effectif de l'organisme adhérent au dispositif.

Chaque salarié dûment affilié au régime est appelé « Assuré ».

Chaque personne qui bénéficie de vos garanties du fait de ses liens avec vous est appelée « Ayant droit ».

Assuré

Vous-même, en qualité de salarié, que vous soyez sous contrat de travail à durée indéterminée ou déterminée.

Toutefois, vous pouvez être dispensé d'adhésion au présent dispositif, dès lors que vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- ✓ sous contrat à durée déterminée ou occupant un emploi saisonnier, d'une durée inférieure à douze mois ;
- ✓ sous contrat à durée déterminée égale ou supérieure à douze mois, si vous justifiez par ailleurs, de la souscription d'une garantie Frais de santé ;
- ✓ à temps très partiel ou apprenti, n'ayant qu'un seul employeur, si vous deviez, en cas d'adhésion, acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de votre rémunération ;
- ✓ si vous bénéficiez d'une prise en charge au titre de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ;
- ✓ si vous êtes couvert au titre d'une couverture complémentaire frais de santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi et ce, tant que vous pouvez justifier de cette couverture obligatoire ;
- ✓ si vous bénéficiez, par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective relevant d'un régime frais de santé complémentaire à caractère obligatoire.

Vous devez explicitement sous forme de courrier faire part à votre correspondant ressources humaines de votre demande de dispense d'adhésion lors de votre embauche, laquelle doit comporter la mention manuscrite « je reconnais avoir été préalablement informé par mon employeur des conséquences de mon choix ».

Il faut rappeler que si vous avez été affilié à une couverture complémentaire frais de santé obligatoire avant la mise en place du régime, vous êtes dispensé d'adhésion et ce tant que vous pouvez justifier de cette couverture obligatoire.

Vous devez justifier avant le 31 décembre de chaque année auprès de votre employeur que vous continuez à remplir les conditions permettant une dispense d'adhésion.

Dès lors que les conditions ayant justifié votre dispense d'adhésion cessent, vous êtes affilié obligatoirement au régime à compter du 1^{er} jour du mois suivant la modification de votre situation.

Disposition particulière pour les couples travaillant dans le même organisme

Si vous et votre conjoint (*ou assimilé tel que défini ci-dessous*) travaillez dans le **même organisme de Sécurité sociale** (*exemple : même CAF, même CPAM, même URSSAF, etc...*) que vous ayez ou non des enfants à charge, l'un des deux membres du couple peut être affilié en propre, l'autre pouvant l'être en tant qu'ayant droit. L'affilié principal est alors redevable d'une seule et unique cotisation familiale.

Pour plus d'information sur les conditions à remplir, rapprochez-vous de votre correspondant ressources humaines.

Dès lors que la situation (mariage, PACS, concubinage) ayant justifié cet aménagement cesse, vous devez alors cotiser chacun obligatoirement en votre nom propre à compter du 1^{er} jour suivant la modification de votre situation.

Il en va de même en cas de départ en retraite de l'un des conjoints, ou lorsque l'un des deux se trouve en suspension de contrat de travail sans maintien de couverture par l'employeur, ou bénéficie d'une rente d'invalidité avec suspension du contrat de travail.

Ayants droit

Vos ayants droit à titre obligatoire, c'est-à-dire :

✓ **Votre conjoint (ou assimilé) à charge au sens de la Sécurité sociale :**

- votre conjoint marié,
- votre concubin,
- votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS).

On entend par concubin la personne vivant en couple avec l'assuré dans le cadre d'une union de fait s'il peut être prouvé la vie commune sous la forme d'un justificatif (*notamment, quittance de loyer, ou justificatif d'un domicile fiscal commun aux deux concubins*).

On entend par partenaire de PACS la personne liée à l'Assuré par un pacte civil de solidarité tel que défini par les textes en vigueur.

✓ **Votre enfant ou celui de votre conjoint (ou assimilé) à charge :**

- jusqu'à son 27^e anniversaire, qui remplit l'une des conditions suivantes :
 - être à votre charge ou à celle de votre conjoint (ou assimilé), au sens de la législation Sécurité sociale ;
 - poursuivre ses études à temps plein et être régulièrement inscrit dans un établissement ;
 - être demandeur d'emploi inscrit à Pôle emploi et non indemnisé par celui-ci ;
 - être sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation, stagiaire, ou étudiant à temps partiel à condition de percevoir des revenus inférieurs à 80 % du Smic brut et ne pas être affilié à un autre régime complémentaire de même nature à adhésion obligatoire.
- sans limite d'âge, reconnu invalide ou handicapé, dans la mesure où il ne perçoit pas des revenus supérieurs à 80 % du SMIC brut.

Cas particulier de dispense d'adhésion d'un enfant à charge :

Les enfants affiliés obligatoirement par un autre régime complémentaire frais de santé ont la faculté, sur présentation de justificatif, de ne pas adhérer au présent régime.

Vous devez justifier avant le 31 décembre de chaque année qu'ils continuent à remplir les conditions permettant la dispense d'adhésion.

Dès lors que la situation ayant justifié cet aménagement cesse, vous devez alors vous acquitter de la cotisation « famille ».

Salarié dont le contrat de travail est suspendu

Les garanties ainsi que la participation de votre employeur vous sont maintenues,

- ✓ dès lors que vous vous trouvez en suspension de contrat de travail emportant maintien total ou partiel du salaire (notamment les périodes de suspension liées à une maladie, une maternité ou un accident),
- ✓ ainsi que dans les cas suivants (cotisations calculées à partir d'un salaire reconstitué) :
 - arrêt de travail pour maladie ou accident du travail non rémunéré ;
 - congé de maternité ou d'adoption non rémunéré ;
 - congé parental d'éducation dans la limite d'un an ;
 - congé de formation non rémunéré dans la limite d'un an ;
 - congé de solidarité familiale ;
 - congé de soutien familial ;
 - congé de présence parentale ;
 - congé sans solde inférieur ou égal à un mois.

La suspension de l'affiliation s'applique à vous-même ainsi qu'à l'ensemble de vos ayants droit tels que définis ci-dessus. Pendant la période de suspension d'affiliation, vous ne pouvez, pour vous-même ainsi que pour vos ayants droit, vous prévaloir d'aucun droit au titre du présent régime.

À l'issue de la suspension de votre contrat de travail, vous retrouvez les effets de l'affiliation au régime obligatoire, sans délai de carence.

Dans tous les autres cas de suspension de contrat de travail, l'adhésion au régime est facultative (cf. les formalités d'adhésion au paragraphe « Bénéficiaires à titre facultatif ») page 8.

🔴 En cas de rupture de votre contrat de travail

En cas de rupture de votre contrat de travail, vous pouvez bénéficier du maintien de la garantie, pour vous-même ainsi que pour vos ayants droit dans les conditions ci-dessous.

Vous devez satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :

- ✓ le contrat de travail doit avoir été rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont concernés (licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif légitime, convention de reclassement personnalisé notamment), à l'exception de la faute lourde ;
- ✓ la rupture de ce contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par le régime d'Assurance chômage ;
- ✓ les droits à prestations doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur avant la cessation du contrat de travail.

Ce maintien vous est accordé à titre gratuit et le cas échéant à vos ayants droit (à charge ou non) qui bénéficiaient effectivement des garanties au moment de la cessation du contrat de travail, ainsi qu'à ceux déclarés pendant la période de maintien (naissance ou adoption d'un enfant par exemple).

Le financement de ce maintien dans le régime est assuré par **mutualisation**.

Si vous aviez renoncé au bénéfice du régime frais de santé du fait d'une dispense d'affiliation, vous ne pourrez pas, ainsi que vos ayants droit, prétendre au bénéfice de la portabilité des garanties.

Prise d'effet et durée du maintien de la garantie

Le maintien de la garantie prend effet dès le lendemain de la date de cessation effective du contrat de travail (terme du préavis effectué ou non) pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois entiers, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder **douze mois**, à compter de la date de cessation du contrat de travail.

La suspension des allocations-chômage n'a pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien des droits.

Définition des garanties

Les garanties maintenues sont identiques à celles en vigueur pour les salariés actifs avant la rupture de leur contrat de travail.

Modifications contractuelles

Toutes les modifications apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (modification du niveau des prestations, des conditions réglementaires, notamment), pendant la période de maintien des droits, seront opposables aux anciens salariés dans les mêmes conditions ainsi qu'à leurs ayants droit.

Modalités d'information

L'employeur doit informer l'organisme assureur dans les plus brefs délais de la cessation du contrat de travail de ses anciens salariés.

Vos obligations

Vous devez justifier auprès de l'organisme assureur dont vous relevez, à l'ouverture et au cours de la période du maintien des garanties, des conditions énoncées ci-dessus et notamment de votre indemnisation par le régime d'Assurance chômage, si vous souhaitez bénéficier du maintien des garanties.

Vous devez signaler également toute modification de votre situation (fin d'indemnisation chômage, reprise d'une activité professionnelle...) à votre organisme assureur et plus généralement, vous devrez informer immédiatement votre organisme assureur de toute évolution de votre situation justifiant la cessation du bénéfice de la portabilité.

Fin du maintien de la garantie

Le maintien de la garantie prend fin :

- ✓ à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'Assurance chômage (reprise d'activité professionnelle à temps plein ou partiel) ou dès lors que l'ancien salarié n'apporte plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation ;
- ✓ à la date de liquidation de la pension de retraite de base, notamment,
- ✓ à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion souscrite par votre employeur ou à l'issue de la date de dénonciation de l'accord du 12 août 2008,
- ✓ en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de 12 mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;
- ✓ au jour du décès de l'assuré.

Seuls les soins ou actes médico-chirurgicaux dont la date est antérieure à la date d'effet de la cessation des garanties pourront être pris en charge.

À l'issue de la période de maintien de la garantie, vous pouvez, si les conditions sont réunies, bénéficier du régime d'accueil des anciens salariés décrit à la page 9.

À ce titre, vous recevrez de votre organisme assureur une proposition de maintien de la couverture au plus tard dans un délai de deux mois à compter de la date de fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits.

Adhésion à titre obligatoire

Votre adhésion prend effet à la date de votre embauche dans l'organisme de Sécurité sociale qui vous emploie.

📌 Formalités d'adhésion

Afin d'assurer dans les meilleurs délais l'enregistrement de votre adhésion et celle de vos ayants droit éventuels, vous devez accomplir certaines formalités :

- ✓ remplir le bulletin d'adhésion remis par le correspondant ressources humaines de votre organisme, pour vous-même ainsi que pour vos ayants droit,
- ✓ retourner le plus rapidement possible le document complété et signé au correspondant ressources humaines, accompagné des pièces justificatives mentionnées en annexe de la présente notice.

Suite à l'enregistrement de votre adhésion par l'organisme assureur, vous recevrez de celui-ci une carte de tiers payant sur laquelle figureront les bénéficiaires inscrits. Cette carte vous permet de bénéficier du tiers payant tel que défini ci-après.

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date est postérieure à celle du 1^{er} jour de votre contrat de travail, peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent régime.

📌 Modification de situation familiale

Tout changement de situation de famille (nouvel ayant droit, perte de la qualité d'ayant droit, mariage, décès...), doit être porté à la connaissance de votre employeur, qui vous fera compléter un bulletin individuel de modification d'adhésion, disponible auprès du correspondant ressources humaines, que vous devrez ensuite lui retourner accompagné des pièces justificatives, dans les 15 jours qui suivent l'événement.

Si nécessaire, une nouvelle carte de tiers payant vous sera alors envoyée par votre organisme assureur.

📌 Modification de situation administrative

Il convient également de signaler très rapidement à votre organisme assureur toute modification relative à la gestion de votre dossier (changement d'adresse, de Caisse primaire d'assurance maladie, de coordonnées bancaires...).

Bénéficiaires à titre facultatif

Peuvent adhérer à titre facultatif, **sans participation financière de l'employeur**, en contrepartie d'une cotisation spécifique :

- ✓ **vos ayants droit non à charge**, c'est-à-dire :
 - votre conjoint, couvert en qualité d'assuré social à titre personnel par un régime de Sécurité sociale offrant des prestations en nature, ainsi que ses enfants qui remplissent les conditions définies au paragraphe « Ayants droit » page 5 ;
 - l'enfant de votre enfant, ce dernier couvert par le régime en tant que votre ayant droit.
- ✓ **les salariés dont le contrat de travail est suspendu** et ne répondant pas aux conditions d'affiliation obligatoire, ainsi que leurs ayants droit.
- ✓ **les salariés reconnus en invalidité** par la Sécurité sociale et dont le contrat de travail n'est pas rompu, ainsi que leurs ayants droit.

Adhésion à titre facultatif

Formalités d'adhésion

Vos ayants droit non à charge

L'adhésion prend effet concomitamment à celle du salarié ou dès la survenance d'un événement tels que mariage, pacte civil de solidarité et concubinage.

De même, vous pouvez modifier votre choix en cours d'année lors de la survenance d'un des événements suivants :

- ✓ divorce, dissolution du pacte civil de solidarité, fin de concubinage ;
- ✓ changement de situation professionnelle du conjoint (ou assimilé) entraînant l'adhésion ou la perte de qualité d'adhérent à un contrat collectif de santé à adhésion obligatoire ;
- ✓ changement de situation d'un enfant ne satisfaisant plus à une définition d'ayant droit au sens du présent régime,
- ✓ décès d'un ayant droit.

Vous devrez faire votre demande auprès de votre correspondant des ressources humaines.

Sur présentation des justificatifs, la modification s'appliquera à la date du fait générateur.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu

L'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la date de suspension de votre contrat de travail, matérialisée par un bulletin d'adhésion prévu à cet effet.

Vous devrez faire votre demande auprès de votre correspondant des ressources humaines, à la date de suspension de votre contrat de travail.

Les salariés reconnus en invalidité, dont le contrat de travail est suspendu

L'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit votre mise en invalidité, matérialisée par un bulletin d'adhésion prévu à cet effet.

Vous devrez faire votre demande auprès de votre correspondant des ressources humaines à la date de votre mise en invalidité.

Votre adhésion prend fin à la date de la rupture de votre contrat de travail. Vous pouvez, si les conditions sont réunies, bénéficier du « Régime d'accueil » décrit ci-après.

Régime d'accueil des anciens salariés

Le régime d'accueil des anciens salariés vous est proposé, dès lors que vous vous trouvez dans une des situations suivantes :

- ✓ vous bénéficiez d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'une allocation-chômage et vous n'exercez pas d'activité professionnelle sauf dans le cadre d'un cumul emploi-retraite et à votre dernier jour d'activité, vous étiez salarié d'un organisme de Sécurité sociale ;
- ✓ vos ayants droit sont également concernés dès lors qu'ils étaient couverts au titre du régime des actifs ;
- ✓ en cas de décès d'un salarié actif, vos ayants droit peuvent bénéficier du régime d'accueil des anciens salariés ;
- ✓ en cas de décès d'un ancien salarié, les ayants droit peuvent également bénéficier du présent régime.

La garantie est identique à celle du régime des actifs. La cotisation correspondante est à votre charge.

Le maintien facultatif de l'adhésion vaut tant que vous ne reprenez pas une activité professionnelle rémunérée, que vous conservez le bénéfice des prestations et pensions visées ci-dessus et que vous vous acquittez de la cotisation.

Le maintien facultatif de l'adhésion vaut, à votre choix, soit uniquement pour vous-même, soit pour vous-même et vos ayants droit à la date de cessation de votre contrat de travail.

Formalités d'adhésion

Vous devez en faire la demande en remplissant un bulletin d'adhésion au régime des anciens salariés, dans les six mois qui suivent votre départ de l'organisme ou à la date à laquelle prend fin le bénéfice du maintien de garantie tel que prévu au paragraphe « *En cas de rupture du contrat de travail* » page 6.

Vous pouvez vous procurer le bulletin d'adhésion au régime soit auprès de votre employeur soit auprès de votre organisme assureur.

En cas de décès du salarié ou de l'ancien salarié, les ayants droit doivent également en faire la demande auprès de l'organisme assureur en remplissant le bulletin d'adhésion prévu à cet effet, dans les six mois suivant le décès.

En tout état de cause, l'organisme assureur vous adressera une proposition de maintien de couverture au régime des anciens salariés, au plus tard dans un délai de deux mois à compter de la date de cessation du contrat de travail, dès lors qu'il en aura eu connaissance.

L'organisme assureur adressera également un courrier pour proposer ce maintien de couverture à l'ayant droit du salarié ou de l'ancien salarié décédé au plus tard dans un délai de deux mois suivant le décès.

Résiliation de l'adhésion facultative

La faculté de résiliation s'exerce par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception moyennant le respect d'un préavis de deux mois au moins avant le 31 décembre de chaque année.

Cette adhésion est souscrite pour une durée d'un an. Elle est renouvelable au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf dans les cas suivants :

- ✓ résiliation par l'adhérent dans les conditions susvisées ;
- ✓ résiliation par l'assureur, en cas de non-paiement de cotisation par l'adhérent ;
- ✓ adhésion justifiée de l'adhérent à un régime obligatoire.

Toute demande de résiliation dans le cadre d'une adhésion facultative est considérée comme définitive, sauf cas particuliers (réintégration du conjoint en cas de licenciement).

Cette résiliation vaut tant pour l'Assuré que pour ses ayants droit.

Tiers Payant

Le tiers payant est un accord passé entre l'organisme assureur et les professionnels de santé, qui vous dispense de faire l'avance des frais de santé entrant dans le cadre des prestations garanties.

Pour bénéficier de ce service, vous présentez aux professionnels de santé votre carte de tiers payant et votre attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale ou votre carte Vitale.

Le tiers payant fonctionne pour l'hospitalisation, la pharmacie et, selon les accords existants, pour les soins hospitaliers externes, dans les laboratoires d'analyses médicales, les cabinets de radiologie, les cabinets dentaires et auprès des opticiens.

Si vous réglez au professionnel de santé une partie des soins, vous devez réclamer un justificatif de paiement et l'adresser à votre organisme assureur.

Carte de Tiers Payant

Suite à l'enregistrement de votre adhésion par l'organisme assureur, vous recevrez de celui-ci une carte de tiers payant sur laquelle figureront les bénéficiaires inscrits. Cette carte vous permet de bénéficier du tiers payant tel que défini ci-dessus.

Si vous quittez votre organisme et dans tous les cas si vous ne remplissez plus les conditions pour bénéficier du présent régime, vous devez restituer votre ou vos carte(s) de tiers payant à votre correspondant ressources humaines.

Garantie

Description de la garantie frais de santé

La garantie frais de santé telle que prévue par la présente notice, consiste à vous faire bénéficier ainsi qu'à vos ayants droit de la prise en charge des frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, prescrits par une autorité médicale qualifiée et remboursés par la Sécurité sociale.

Les frais médicaux pris en charge par la Sécurité sociale font l'objet d'un remboursement complémentaire à l'exception des soins hors nomenclature, sauf cas expressément indiqués dans le tableau de garanties en page 18.

Les prestations sont dues au titre des soins de santé intervenant à compter de la date d'effet de l'adhésion, et pendant la période durant laquelle le bénéficiaire adhère au régime.

À l'exception des prestations exprimées forfaitairement en euros, les prestations mentionnées dans le tableau des garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).

Le remboursement des prestations est dans tous les cas limité pour chaque acte aux frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale et, le cas échéant, d'un autre organisme complémentaire.

Contrat responsable

Les prestations garanties au présent régime sont conformes aux dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et à ses décrets d'application, notamment l'article R. 871-2 issu du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

En conséquence, le présent régime prend en charge les niveaux minimaux de remboursements suivants :

- ✓ l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'Assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie ;

- ✓ l'intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée ;
- ✓ les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS), dans la double limite de 100 % de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au CAS minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement ;
- ✓ la prise en charge d'équipements d'optique médicale (verres et monture), elle doit respecter les périodes définies pour leur renouvellement ainsi que les minima et maxima énoncés à l'article R871-23 du Code de la Sécurité sociale, incluant le ticket modérateur.

Toutefois, le présent régime ne prend pas en charge :

- ✓ **la participation forfaitaire pour les actes et consultations réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et pour les actes biologiques ainsi que les franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (article L.322.2 du Code de la Sécurité sociale) ;**
- ✓ **la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) ou, à compter de sa mise en place, de non autorisation au dossier médical personnel (article L.1111-15 du code de santé publique) ;**
- ✓ **les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).**

Les montants et plafonds indiqués ci-dessus sont susceptibles d'évoluer en fonction des textes en vigueur. Ainsi, toute contribution forfaitaire, majoration de participation ou autre mesure dont la prise en charge serait exclue par les dispositions régissant les contrats responsables, ne sera pas remboursée au titre du présent régime. De même, toute nouvelle obligation de prise en charge sera intégrée au régime.

Prise d'effet de la garantie

Pour tous les salariés présents à l'effectif à la date d'effet du régime, la garantie a pris effet à cette même date.

Pour les salariés embauchés postérieurement à la mise en œuvre du régime et leurs ayants droit, la garantie prend effet dès la date d'effet de leur contrat de travail et dès l'adhésion pour les adhérents à titre facultatif.

Naissance ou adoption

La garantie est acquise dès la naissance ou à la date d'adoption d'un enfant mineur.

Terme de la garantie

Le terme de la garantie survient au plus tard :

- ✓ à la date de résiliation de l'adhésion souscrite par votre employeur ;
- ✓ à la date de rupture de votre contrat de travail ;
- ✓ à la date du décès de l'adhérent.

Toutefois, dans ces deux derniers cas, vous pouvez ainsi que vos ayants droit en cas de décès, demander le maintien de la garantie à titre facultatif dans les conditions décrites dans la présente notice.

En tout état de cause, à la date de dénonciation de l'accord du 12 août 2008 et au plus tard, à la fin de la période de survie du régime.

Pour les adhésions facultatives, la garantie cesse :

- ✓ à la date de résiliation de l'adhésion par l'adhérent ;
- ✓ à l'issue de la procédure, en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe « Défaut de paiement de la cotisation à titre facultatif » page 22 ;
- ✓ à la date du décès de l'adhérent.

Dans tous les cas, le terme de la garantie prévu au régime entraîne purement et simplement la cessation immédiate des droits pour l'Assuré et ses ayants droit.

👉 Comment vous faire rembourser ?

Dans la plupart des cas, le remboursement des prestations est automatique grâce au système de télétransmission (NOEMIE) entre la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et votre organisme assureur. Grâce à lui, vous n'avez plus besoin d'envoyer vos décomptes ; c'est la CPAM qui s'en charge dès qu'elle a traité la feuille de soins.

Le règlement des prestations de votre organisme gestionnaire s'effectue directement sur votre compte par virement bancaire avec transmission d'un relevé des remboursements effectués.

Cependant, pour certains actes (dentiste, optique, hospitalisation, cure...) l'envoi de pièces justificatives à l'organisme assureur est nécessaire (*voir ci-dessous paragraphe « pièces justificatives à joindre à vos demandes de remboursements »*).

Si vous ne souhaitez pas bénéficier du système NOEMIE, vous devrez le préciser expressément sur votre bulletin d'adhésion. Vous devrez alors adresser à votre organisme assureur vos demandes de remboursement accompagnées des originaux des décomptes de la Sécurité sociale et, le cas échéant, des justificatifs des frais réels engagés.

Adhésion à plusieurs organismes complémentaires

La liaison NOEMIE ne fonctionne qu'entre la CPAM et un seul organisme complémentaire. En cas d'adhésion à plusieurs organismes, vous devrez choisir celui auprès duquel la connexion souhaitée sera établie et l'indiquer lors de votre adhésion.

Si vous êtes bénéficiaire de plusieurs garanties frais de santé, vous pouvez obtenir le versement des prestations de chacune d'elles et ce, dans la limite des dépenses réellement engagées.

En cas de remboursement préalable d'un autre organisme complémentaire, il est nécessaire de présenter à votre organisme assureur l'original du relevé de prestations de cet organisme, les copies des décomptes de la Sécurité sociale et tout justificatif des frais réels engagés.

Pièces justificatives à joindre à vos demandes de remboursements

👉 Prothèses dentaires / Parodontologie / Implantologie/Orthodontie

- ✓ facture détaillée et acquittée du professionnel de santé, précisant :
 - la nature des travaux effectués (n° de dent, matériau utilisé), les actes remboursés et non remboursés par la Sécurité sociale et les codes CCAM dentaire (Classification Commune des Actes Médicaux) correspondants,
 - le montant des frais réels correspondant à chacun des actes effectués.

👉 Ostéopathie

- ✓ facture détaillée et acquittée sur laquelle figurent les coordonnées complètes du praticien ayant les diplômes requis, ainsi que la date, la nature et la personne bénéficiaire des soins.

Le professionnel doit être enregistré dans un répertoire agréé de type ADELI (Automatisation Des Listes). C'est un système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des familles et des personnes autorisées à faire usage du titre d'ostéopathe.

🔍 Frais d'optique médicale

- ✓ la facture détaillée acquittée de la monture et des verres ainsi que la prescription médicale peuvent être demandées à des fins de contrôle ;
- ✓ prescription médicale et facture détaillée acquittée pour les lentilles refusées par la Sécurité sociale ;
- ✓ facture détaillée acquittée pour la chirurgie réfractive de l'œil.

En cas de nouvel équipement avant l'échéance des deux ans (équipement par période d'un an) :

- ✓ facture détaillée et prescriptions médicales (initiale et actuelle), attestant le changement de correction.

🔍 Orthopédie – Prothèses autres que dentaires

- ✓ facture détaillée acquittée,
- ✓ prescription médicale pour l'orthopédie et les prothèses non remboursées par la Sécurité sociale.

🔍 Cures thermales

- ✓ prescription médicale, facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal,
- ✓ décompte de la Sécurité sociale,
- ✓ facture acquittée des frais d'hébergement et de transport.

L'organisme assureur se réserve le droit de réclamer toute autre pièce justificative nécessaire au règlement de la prestation.

Définitions

🔍 Hospitalisation

La garantie des frais d'hospitalisation porte sur :

- ✓ les frais d'hospitalisation chirurgicale exposés en clinique ou à l'hôpital (service chirurgie) et faisant l'objet d'un remboursement par le régime obligatoire ;
- ✓ les frais d'hospitalisation médicale en cas de séjour en clinique ou à l'hôpital (service médecine) et faisant l'objet d'un remboursement par le régime obligatoire ;
- ✓ et de façon générale, les frais d'hospitalisation dans un établissement de santé sous réserve qu'ils soient remboursés par le régime obligatoire.

Les remboursements sont effectués selon les taux et dans les limites fixés au tableau de garanties ci-après.

Tous suppléments, tels que suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde etc., ne donnent pas lieu à remboursement, à moins qu'ils ne soient pris en charge par la Sécurité sociale.

Les notes d'honoraires ne peuvent être remboursées que sur présentation d'un justificatif établi par l'établissement de soins.

🔍 Lit d'accompagnant

Dans le cadre de l'hospitalisation (étendu aux maisons d'accueil des familles) d'un enfant jusqu'à la veille de son seizième anniversaire.

Ce remboursement est conditionné à la facturation par l'établissement où l'enfant est soigné et couvre les frais annexes de l'accompagnant (lit et repas) dans la limite du montant garanti par le régime, sans dépasser la dépense engagée.

🔍 Chambre particulière

Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle. Elle n'est pas remboursée par l'Assurance maladie obligatoire, sauf lorsque la prescription médicale impose l'isolement dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite. Son coût varie selon les établissements.

Elle est prise en charge uniquement dans le cadre d'une hospitalisation (y compris en ambulatoire) et dans la limite du montant journalier garanti par le régime, sans dépasser la dépense engagée et pour une durée maximale de 90 jours par année civile.

🔴 Forfait journalier

Somme due pour tout séjour hospitalier dans un établissement de santé.

Sont exclus les établissements médicaux-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements pour personnes dépendantes (EHPAD).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Ce forfait n'est pas remboursé par la Sécurité sociale, il est pris en charge intégralement par le régime complémentaire sans limitation de durée.

🔴 Chirurgie ambulatoire (ou chirurgie de jour)

Chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

🔴 Soins ambulatoires

Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations en « soins externes ») sont considérées comme des soins de ville.

Synonymes : *soins ambulatoires, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants.*

🔴 Actes techniques

Entrent dans cette rubrique :

- ✓ les actes techniques et de chirurgie (y compris petite chirurgie et actes de spécialité) qu'ils soient effectués lors d'une hospitalisation, en ambulatoire ou au cabinet d'un professionnel de santé, sous réserve qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale,
- ✓ les actes techniques et radiologie dentaires remboursés par la Sécurité sociale qui sont pris en charge selon le niveau visé au poste « soins dentaires ».

🔴 Dentaire

Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale

Entrent dans la catégorie prothèses dentaires remboursées, notamment les couronnes, inlays-core, inlay-core à clavette, bridges et appareils dentaires référencés dans la CCAM dentaire.

La prestation complémentaire est versée sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite du montant garanti par le régime, sans dépasser la dépense engagée.

Prothèse dentaire non remboursée par la Sécurité sociale

Entrent dans la catégorie prothèses dentaires non remboursées, notamment les couronnes, inlays-core, inlay-core à clavette, bridges et appareils dentaires référencés dans la CCAM dentaire et ne faisant pas l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale.

Le régime complémentaire interviendra sur la base d'un remboursement d'une prothèse dentaire selon les modalités précisées dans le tableau de garanties.

Les modifications issues de la mise en place de la CCAM dentaire introduisent un nouveau devis type conventionnel.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre à son patient le devis détaillé du traitement envisagé, (n° de dent, matériau utilisé, montant des honoraires) complété obligatoirement des codes CCAM dentaire correspondant aux actes remboursés et non remboursés ainsi que les dépassements d'honoraires.

De même la note d'honoraires établie par le praticien, après réalisation des soins, devra comporter ces mêmes informations.

Inlay-onlay

Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Différents matériaux peuvent être utilisés (métalliques, en composite ou en céramique).

L'inlay onlay est remboursé comme des soins dentaires.

Le chirurgien-dentiste pratique le plus souvent des dépassements sur ces actes. Il est judicieux de lui demander un devis avant qu'il effectue ces soins.

Implant

Il s'agit d'une racine artificielle en titane fixée dans l'os de la mâchoire destinée à remplacer une racine dentaire perdue et à supporter une dent (ou un élément) prothétique. On distingue l'implant des autres éléments de la dent artificielle, à savoir le pilier implantaire qui est vissé dans l'implant et la prothèse scellée sur le pilier prothétique intermédiaire.

Le régime complémentaire intervient uniquement pour l'implant racine non remboursé par la Sécurité sociale.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit comporter le montant des honoraires correspondant au traitement.

Orthodontie

Il s'agit de traitement dento-facial visant à corriger les dysmorphoses.

La Sécurité sociale prend partiellement en charge le traitement des enfants de moins de 16 ans.

Pour le remboursement des actes d'orthodontie non acceptés par la Sécurité sociale, la base de remboursement est reconstituée conformément à celle qui aurait été retenue pour des actes acceptés.

Parodontologie

Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé des tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...).

Certains actes de parodontologie (détartrage, gingivectomie notamment) sont pris en charge par la Sécurité sociale.

Les actes non remboursés par la Sécurité sociale sont pris en charge par le régime complémentaire dans la limite du forfait figurant au tableau de garanties.

Optique

La monture fait l'objet d'un remboursement de la part de la Sécurité sociale.

Les verres sont remboursés par la Sécurité sociale sur la base de tarifs qui varient selon le degré de correction.

Le prix des verres varie selon le type de correction (*verres unifocaux ou multifocaux*), la qualité et le traitement appliqués aux verres (*verres amincis, traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables...*).

Le régime intervient en complément de ces remboursements, dans la limite des prestations fixées au tableau de garanties pour une paire de lunettes tous les deux ans, sans dépasser la dépense engagée.

Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement 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 est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

Pour les assurés ayant un déficit de vision de loin et de près et n'optant pas pour des verres progressifs ou multifocaux, il est possible de prendre en charge deux équipements sur la période de deux ans de référence, corrigeant chacun un des deux déficits, **la précision étant que les règles de couverture (plancher, plafond, délai de renouvellement) s'appliquent individuellement à chaque équipement.**

Par dérogation, la période de deux ans est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Les opticiens ont l'obligation de remettre à l'assuré un devis préalable à la vente comportant le prix de la monture et de chaque verre, ainsi que le remboursement de ceux-ci par l'assurance maladie obligatoire.

Les lentilles

La Sécurité sociale ne rembourse les lentilles de contact que pour certains défauts visuels.

Elles sont remboursées par le régime complémentaire dans la limite du forfait figurant au tableau de garanties.

Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale sont remboursés par le régime complémentaire dans la limite du forfait figurant au tableau de garanties.

👉 Appareillage médicalement prescrit

Les appareillages médicalement prescrits sont pris en charge dans la mesure où ils figurent sur la Liste des Produits et Prestations (LPP).

Pour les appareillages non remboursés par la Sécurité sociale, le remboursement est forfaitaire, dans la limite des frais réellement engagés.

S'agissant des appareils auditifs, la garantie entre en jeu si la Sécurité sociale intervient pour l'une au moins des deux oreilles.

👉 Cures thermales

Les frais liés à la cure englobent notamment les frais médicaux (*honoraires, soins*), de transport et d'hébergement. Les dépenses médicales sont prises en charge par la Sécurité sociale sur la base d'un tarif conventionnel, tandis que le remboursement des dépenses non médicales variera selon les ressources.

Le forfait enfant accompagné concerne les enfants affiliés jusqu'à la veille de leur seizième anniversaire.

👉 Maternité

Les frais exposés au titre de la maternité et donnant lieu à l'intervention du régime obligatoire au titre de l'assurance maternité donnent lieu à l'intervention du régime selon les mêmes modalités que pour les frais exposés au titre de la maladie ou de l'hospitalisation.

En tout état de cause, vous ne pourrez obtenir un remboursement maximal qu'à hauteur de vos dépenses engagées.

👉 Les prestations de prévention obligatoires visées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale

La prise en charge du ticket modérateur, prévue par l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, concerne notamment les prestations de prévention suivantes :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxièmes molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
4. Dépistage de l'hépatite B.
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - a) Audiométrie tonale ou vocale ;
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie ;
 - c) Audiométrie vocale dans le bruit ;
 - d) Audiométrie tonale et vocale ;
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) Haemophilus influenzae B ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Territorialité

Les garanties ne vous sont acquises que si vous exercez votre activité sur le territoire français. Les garanties de frais de santé souscrites produisent cependant leurs effets dans le monde entier si votre séjour à l'étranger n'excède pas trois mois et si vous êtes détaché par l'employeur au sein de l'Union Européenne, sous réserve que vous bénéficiiez du régime général de la Sécurité sociale. Les prestations de votre organisme assureur viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale française et sont payées en euros.

Tableau des garanties

ACTES	REMBOURSEMENT MAXIMAL DANS LA LIMITE DES FRAIS ENGAGÉS
Hospitalisation (y compris maternité)	
Honoraires (médecin adhérent au CAS)	250 % de la BR moins RSS
Honoraires (médecin non adhérent au CAS)	200 % de la BR moins RSS
Séjours	250 % de la BR moins RSS
Forfait journalier ⁽¹⁾	100 % du tarif en vigueur
Chambre particulière (y compris ambulatoire) ⁽²⁾	50 € / jour
Lit accompagnant (jusqu'à la veille de son 16 ^e anniversaire) ⁽¹⁾ (y compris maison d'accueil des familles)	30 € / jour
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale à 30 % (vignette bleue) et 65 % (vignette blanche)	100 % de la BR moins RSS
Pharmacie remboursée à 15 % (vignette orange)	Non prise en charge
Frais médicaux courants	
Consultation - visite généraliste (médecin adhérent au CAS)	140 % de la BR moins RSS
Consultation - visite généraliste (médecin non adhérent au CAS)	120 % de la BR moins RSS
Consultation - visite spécialiste (médecin adhérent au CAS)	200 % de la BR moins RSS
Consultation - visite spécialiste (médecin non adhérent au CAS)	180 % de la BR moins RSS
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR moins RSS
Actes techniques (médecin adhérent au CAS)	150 % de la BR moins RSS
Actes techniques (médecin non adhérent au CAS)	130 % de la BR moins RSS
Radiologie (médecin adhérent au CAS)	150 % de la BR moins RSS
Radiologie (médecin non adhérent au CAS)	130 % de la BR moins RSS
Analyses	100 % de la BR moins RSS
Autres frais médicaux courants (transports sanitaires)	100 % de la BR moins RSS
Forfait sur actes techniques d'un montant ≥ 120 €	18 €
Dentaire	
Soins	100 % de la BR moins RSS
Actes techniques et radiologie	100 % de la BR moins RSS
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale	450 % de la BR moins RSS
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale	300 % de la BR reconstituée sur une BR à 107,50 €
Orthodontie acceptée	300 % de la BR moins RSS
Orthodontie refusée	300 % de la BR moins RSS reconstituée
Implants dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	650 € par implant
Parodontie non remboursée par la Sécurité sociale	200 € par personne et par année civile ⁽⁴⁾
Optique - 1 équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans ⁽³⁾	
Verre	Cf. grille
Monture	120 € par personne ⁽⁴⁾
Lentilles médicalement prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale	215 € par personne et par année civile ⁽⁴⁾
Chirurgie laser	275 € par œil
Appareillage médicalement prescrit	
Appareillage remboursé par la Sécurité sociale	400 % de la BR moins RSS
Appareillage non remboursé par la Sécurité sociale	165 € par personne et par année civile
Appareil auditif (par oreille)	100 % du TM + 1 100 € par oreille
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale*	
Pour un adulte	100 % TM + 250 € par personne
Pour un enfant jusqu'à la veille de son 16 ^e anniversaire	100 % TM + 275 € par enfant accompagné
Contraception médicalement prescrite	220 € par année civile ⁽⁴⁾
Ostéopathie (dans la limite de 2 séances par personne et par année civile)	20 € par séance
Actions de prévention	
Toutes celles prévues par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % du TM

BR : base de remboursement Sécurité sociale - RSS : remboursement Sécurité sociale - FR : frais réels - TM : ticket modérateur - CAS : contrat d'accès aux soins

(1) sans limitation de durée (pour le forfait journalier, le montant est au 01/01/2015 de 18 euros par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 13,50 euros par jour pour un séjour en psychiatrie).

(2) Dans la limite de 90 jours par année civile

(3) Pour les seuls bénéficiaires âgés de 18 ans et plus, le remboursement est limité à un équipement tous les 2 ans, sauf modification de la correction visuelle (période de 1 an). L'appréciation des périodes se fait de date à date à compter de celle de l'acquisition de l'équipement d'optique.

(4) Fait générateur = date de soin ou à défaut date de facture.

* Cure thermale : y compris le transport et l'hébergement remboursés ou non par la Sécurité sociale

Grille optique

POUR LES ADULTES (à partir du 18 ^e anniversaire)*					Monture	120 €
Unifocaux / Multifocaux	Avec/Sans Cylindre	LPP	Sphère	Base de remboursement RO	Type de verre	Forfait par verre (y compris TM)
Unifocaux	Sphérique	2203240 - 2287916	de -6 à +6	2,29 €	Verre simple	175 €
		2263459 - 2282793	de -6,25 à -10	4,12 €	Verre complexe	315 €
		2265330 - 2280660	de +6,25 à +10	4,12 €	Verre complexe	315 €
		2235776 - 2295896	< à -10 ou > à +10	7,62 €	Verre complexe	315 €
	Cylindre < à 4	2226412 - 2259966	de -6 à +6	3,66 €	Verre simple	175 €
		2254868 - 2284527	< à -6 ou > à +6	6,86 €	Verre complexe	315 €
	Cylindre > à 4	2212976 - 2252668	de -6 à +6	6,25 €	Verre complexe	315 €
		2288519 - 2299523	< à -6 ou > à +6	9,45 €	Verre complexe	315 €
Multifocaux	Sphérique	2290396 - 2291183	de -4 à +4	7,32 €	Verre complexe	315 €
		2245384 - 2295198	< à -4 ou > à +4	10,82 €	Verre très complexe	365 €
	Tout cylindre	2227038 - 2299180	de -8 à +8	10,37 €	Verre complexe	315 €
		2202239 - 2252042	< à -8 ou > à +8	24,54 €	Verre très complexe	365 €

POUR LES ENFANTS (moins de 18 ans)					Monture	120 €
Unifocaux / Multifocaux	Avec/Sans Cylindre	LPP	Sphère	Base de remboursement RO	Type de verre	Forfait par verre (y compris TM)
Unifocaux	Sphérique	2242457 - 2261874	de -6 à +6	12,04 €	Verre simple	175 €
		2243540 - 2297441	de -6,25 à -10	26,68 €	Verre complexe	315 €
		2243304 - 2291088	de +6,25 à +10	26,68 €	Verre complexe	315 €
		2248320 - 2273854	< à -10 ou > à +10	44,97 €	Verre complexe	315 €
	Cylindre < à 4	2200393 - 2270413	de -6 à +6	14,94 €	Verre simple	175 €
		2219381 - 2283953	< à -6 ou > à +6	36,28 €	Verre complexe	315 €
	Cylindre > à 4	2238941 - 2268385	de -6 à +6	27,90 €	Verre complexe	315 €
		2206800 - 2245036	< à -6 ou > à +6	46,50 €	Verre complexe	315 €
Multifocaux	Sphérique	2264045 - 2259245	de -4 à +4	39,18 €	Verre complexe	315 €
		2202452 - 2238792	< à -4 ou > à +4	43,30 €	Verre très complexe	315 €
	Tout cylindre	2240671 - 2282221	de -8 à +8	43,60 €	Verre complexe	315 €
		2234239 - 2259660	< à -8 ou > à +8	66,62 €	Verre très complexe	315 €

*limitation à une paire tous les 2 ans par bénéficiaire, sauf pour les enfants ou en cas de changement de dioptrie (dans ces 2 cas la période est réduite à un an)
TM : Ticket modérateur

Sont également remboursés dans la limite du forfait « VERRES » les suppléments d'optique (tels que les prismes, les filtres..) inscrits à la Liste des Produits et Spécialités remboursables (LPP) qui sont prescrits et facturés en plus **lors de l'achat de matériel d'optique médicale.**

Exemples de remboursement

Natures des garanties	Frais réels	Base de remboursement Sécurité sociale	Remboursement Sécurité sociale	Remboursement complémentaire	Reste à charge
Hospitalisation Prothèse hanche simple (honoraires) Chambre particulière 6 jours (6 x 55)	1 500,00 € 330,00 €	489,69 € - €	391,75 € - €	832,48 € 300,00 €	275,78 € 30,00 €
Actes médicaux Spécialiste : secteur 2 (adhérant au CAS)	45,00 €	23,00 €	16,10 €	28,90 €	- €
Spécialiste : secteur 2 (non adhérent au CAS)	45,00 €	23,00 €	16,10 €	25,30 €	3,60 €
Ostéopathie 2 séances d'ostéopathie (2 x 40)	80,00 €	- €	- €	40,00 €	40,00 €
Dentaire Couronne	550,00 €	107,50 €	75,25 €	408,50 €	66,25 €
Bridge	1 500,00 €	279,50 €	195,65 €	1 062,10 €	242,25 €
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale / semestre	650,00 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	69,50 €
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale	650,00 €	193,50 €	- €	387,00 €	263,00 €
Autres prothèses Prothèse auditive	1 600,00 €	199,71 €	119,83 €	1 179,88 €	300,29 €
Optique : adulte : verre simple Monture	100,00 €	2,84 €	1,70 €	98,30 €	- €
Verre simple OD	150,00 €	2,29 €	1,37 €	148,63 €	- €
Verre simple OG	150,00 €	3,66 €	2,19 €	147,81 €	- €
Total	400,00 €	8,79 €	5,26 €	394,74 €	- €
Optique : adulte : verre complexe et très complexe Monture	130,00 €	2,84 €	1,70 €	120,00 €	8,30 €
Verre progressif OD	300,00 €	7,32 €	4,39 €	295,61 €	- €
Verre progressif OG	300,00 €	10,82 €	6,49 €	293,51 €	- €
Total	730,00 €	20,98 €	12,58 €	709,12 €	8,30 €

Fonds de solidarité

Conformément aux articles 10 et 16 du protocole d'accord signé le 12 août 2008, un fonds de solidarité est mis en place à destination des actifs et des anciens salariés. L'objectif est de permettre l'attribution d'allocations exceptionnelles, au-delà des prestations inscrites au tableau de garanties du régime, à destination des assurés qui ont dû faire face à des dépenses de santé (médicales ou paramédicales) particulièrement importantes pour eux-mêmes ou leur famille, compte tenu de leurs ressources financières.

🔍 Gestion du fonds

Ce fonds de solidarité est géré sous le contrôle de la Commission Paritaire de Pilotage qui :

- ✓ établit le règlement du fonds de solidarité : conditions dans lesquelles ces allocations exceptionnelles peuvent être versées : types de dépenses susceptibles d'être prises en charge dans ce cadre et conditions de ressources pour les bénéficiaires,
- ✓ organise la gestion et notamment attribue les aides exceptionnelles après instruction des dossiers, dans la limite des ressources disponibles.

Pour bénéficier de ce fonds de solidarité, vous devez constituer un dossier à retirer auprès de votre organisme assureur qui le transmettra pour décision une fois que celui-ci sera complet (cet imprimé est également disponible auprès de votre responsable des ressources humaines et sur le site de l'UCANSS).

Les décisions d'attribution sont prises par une Commission issue de la Commission Paritaire de Pilotage (CPP).

Cotisations

Assiette de cotisations

La cotisation annuelle est déterminée en fonction de la composition familiale suivant deux types de cotisation :

🔍 Cotisation « isolé » :

- ✓ pour les salariés justifiant ne pas avoir d'ayant droit à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale ;
- ✓ pour les salariés dont les ayants droit à charge sont déjà couverts par un régime complémentaire obligatoire de frais de santé (sous réserve de justificatif) ;

🔍 Cotisation « famille » :

- ✓ pour les salariés ayant déclaré des ayants droit à charge (conjoint ou assimilé, enfants) ;
- ✓ pour les couples travaillant dans le même organisme qui en font la demande;

🔍 Pour les ayants droit non à charge (adhérents à titre facultatif) : une cotisation par ayant droit.

- ✓ Pour l'adhésion à titre obligatoire, la cotisation est exprimée avec une partie forfaitaire en euros calculée sur la base du Plafond de la Sécurité sociale et une partie en pourcentage du salaire brut d'activité limité à la tranche A. Elle donne lieu à une participation de 50% par votre employeur.
- ✓ Pour l'adhésion à titre facultatif, la cotisation est exprimée forfaitairement en euros et calculée sur la base du Plafond de la Sécurité sociale. Elle ne donne pas lieu à participation de l'employeur.
- ✓ Pour les adhérents relevant du régime Alsace Moselle, les cotisations sont calculées à hauteur de 60% de celles du régime général.
- ✓ Pour les salariés reconnus en invalidité dont le contrat de travail est suspendu, l'assiette de la cotisation « isolé » ou « famille » est minorée de 25%.

- ✓ Pour les anciens salariés d'un organisme de Sécurité sociale, ainsi que leurs ayants droit à charge, y compris après le décès de l'ancien salarié s'ils bénéficient d'une pension de réversion, la cotisation Isolé ou Famille est diminuée de la participation du fonds de financement des cotisations des anciens salariés. Depuis le 1^{er} juillet 2014, cette participation s'élève à 25 % de la cotisation due. Elle sera réexaminée tous les deux ans par la Commission Paritaire de Pilotage.

Modalités de paiement des cotisations

➔ Adhésion à titre obligatoire

La part de cotisation du salarié est précomptée directement par l'employeur sur le bulletin de salaire. En cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident, la part de cotisation continue à être prélevée par l'employeur.

➔ Adhésion à titre facultatif

- ✓ La cotisation additionnelle par ayant droit non à charge est prélevée mensuellement directement sur le bulletin de salaire.
- ✓ Pour les autres catégories d'adhésion facultative (salarié en suspension de contrat de travail, invalide et ancien salarié bénéficiaire du régime d'accueil), la cotisation est prélevée par l'organisme assureur sur le compte bancaire, pour l'assuré et ses ayants droit.

Évolution des cotisations

Les cotisations et les contributions éventuelles évolueront conformément aux dispositions du protocole d'accord du 12 août 2008 et de ses éventuels avenants.

Défaut de paiement de la cotisation à titre facultatif (en l'absence de précompte par le souscripteur)

En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance et indépendamment du droit par l'organisme assureur de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel, la garantie sera suspendue 30 jours après la mise en demeure de paiement de l'adhérent.

Dans le cas où la cotisation annuelle aurait été fractionnée, la suspension de garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

L'organisme assureur a le droit de résilier ses garanties 40 jours après l'envoi de la mise en demeure de paiement.

Dispositions Générales

🔍 Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Ainsi, ce délai ne court :

- ✓ en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'assuré, que du jour où les organismes assureurs en ont eu connaissance ;
- ✓ en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré ou de ses ayants droit contre les organismes assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

🔍 Déchéance

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'affilié, ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications ; l'annulation des droits aux prestations peut être alors prononcée, sous réserve des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées.

🔍 Subrogation

L'organisme assureur est subrogé de plein droit aux adhérents victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

🔍 Médiation

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation de votre garantie, vous pouvez avoir recours au médiateur de l'organisme assureur.

🔍 Organisme de contrôle /informatique et libertés

L'organisme de contrôle de l'organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution (ACPR) située au 61 rue Taitbout – 75009 Paris.

En vertu des dispositions de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, l'assuré et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives qui s'exercent auprès de l'Organisme ayant recueilli l'adhésion.

Lexique

🔍 Dossier médical personnel

Il contiendra des informations sur la santé du patient (allergies, résultats d'examens, traitements en cours...). Constitué et mis à jour par le médecin traitant, ce dossier sera informatisé dans le strict respect du secret médical (à l'étude).

🔍 Forfait de 1 euro

Participation forfaitaire d'un euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- ✓ des enfants de moins de 18 ans,
- ✓ des femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse,
- ✓ et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à quatre par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

🔍 Forfait de 18 euros

Participation forfaitaire de 18 euros à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros.

Certains actes ne sont pas concernés par le forfait 18 euros (*radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100% du fait d'une ALD...*).

🔍 Franchise

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1^{er} janvier 2008.

Son montant est de :

- ✓ 0,50 euro par boîte de médicaments ;
- ✓ 0,50 euro par acte paramédical ;
- ✓ 2 euros par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 euros par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 2 euros par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 euros par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMU Complémentaire et de l'Aide Médicale de l'État, femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse.

🔍 Médecin traitant

Médecin chargé de la prise en charge du patient ou de son orientation vers un confrère (médecin correspondant) pour un avis ponctuel ou un suivi régulier. C'est dans la grande majorité un généraliste, mais il peut s'agir également d'un spécialiste. Le choix du médecin traitant doit avoir été déclaré à l'organisme d'Assurance maladie.

👉 Médecin correspondant

Généraliste ou spécialiste vers lequel le patient est orienté par son médecin traitant.

Avis ponctuel : avis « d'expert » qui ne prescrit pas de traitement (une visite au maximum tous les six mois).

Suivi régulier : prend en charge le traitement du patient jusqu'à guérison de la pathologie spécifique pour laquelle le patient lui a été adressé par le médecin traitant.

👉 Option de coordination

Engagement d'un médecin généraliste ou spécialiste exerçant en secteur 2, à réaliser au moins 30 % de ses honoraires sur la base des tarifs conventionnels du secteur 1 pour les patients adressés par leur médecin traitant.

👉 Parcours coordonné

Mode d'accès aux soins prévoyant, pour le patient, un recours quasi systématique à son médecin traitant pour tout problème de santé. C'est lui qui conseille à son patient d'aller, si nécessaire, consulter un médecin spécialiste, en libéral ou à l'hôpital.

👉 Reste à charge

Part de la dépense du patient qui n'est pas prise en charge, ni par la Sécurité sociale, ni par sa complémentaire santé. Il peut s'agir notamment des dépassements d'honoraires.

👉 Spécialistes en accès direct

Il n'est pas obligatoire de passer par son médecin traitant pour consulter un gynécologue, un ophtalmologue ou encore un psychiatre (de 16 à 25 ans pour la psychiatrie). Les dentistes sont aussi en accès direct, car ils ne sont pas concernés par le système du parcours coordonné.

👉 Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires «avec tact et mesure», et en informer préalablement son patient, au moins par l'affichage de ses tarifs en salle d'attente.

👉 Médecin conventionné Secteur 1

Un médecin qui exerce en secteur 1 est « conventionné » et il applique un tarif fixe (exemple : 23 euros chez le généraliste). Un spécialiste en secteur 1 peut toutefois pratiquer des majorations tarifaires hors parcours de soins.

👉 Médecin conventionné Secteur 2

Un médecin qui exerce en secteur 2 est « conventionné honoraires libres » et fixe lui-même ses tarifs. L'assurance maladie rembourse sur la base du secteur 1.

👉 Médecin non conventionné

Certains médecins n'ont pas signé de convention avec la Sécurité sociale et pratiquent des honoraires non encadrés. La Sécurité sociale calcule alors son remboursement sur la base d'un tarif de responsabilité spécifique, le Tarif d'Autorité (TA).

Contrat d'accès aux soins

Le contrat d'accès aux soins (CAS) créé par l'avenant n°8 du 25 octobre 2012 à la convention nationale médicale, entre la Sécurité sociale, les syndicats de médecins libéraux et l'organisme représentant les complémentaires santé, vise à limiter les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins de secteur à honoraires libres (secteur 2).

En signant le contrat d'accès aux soins, les médecins de secteur 2 s'engagent à limiter leurs dépassements pendant 3 ans, en contrepartie de nouvelles formes de rémunérations.

Ainsi, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'ont pas adhéré au CAS est plafonnée dans les conditions déterminées au tableau de garanties, conformément à la nouvelle réglementation applicable aux contrats responsables issue du décret du 18 novembre 2014.

BRSS

Base de remboursement du régime obligatoire de la Sécurité sociale et du présent régime complémentaire.

PMSS

Le plafond mensuel de la Sécurité sociale correspond au salaire de référence fixé chaque année par la Sécurité sociale. Il est revalorisé chaque année et peut être consulté sur le portail de la Sécurité sociale : www.securite-sociale.fr.

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, invalidité etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD).

Nomenclature

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement.

Annexe

Pièces justificatives à fournir lors de l'adhésion (photocopies)	
Assuré	Attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale délivrée par votre caisse d'Assurance maladie + relevé d'identité bancaire
Conjoint	Attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale délivrée par sa caisse d'Assurance maladie, s'il est lui-même assuré social
Concubin	Justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture et attestation sur l'honneur + attestation d'immatriculation Sécurité sociale délivrée par sa caisse d'Assurance maladie, s'il est lui-même assuré social
Partenaire de PACS (Pacte Civil de Solidarité)	Contrat de PACS + Attestation papier d'immatriculation Sécurité sociale délivrée par sa caisse d'Assurance maladie, s'il est lui-même assuré social
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	Attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS, justifiant de la qualité d'ayant droit de l'enfant
Enfant jusqu'à son 27^e anniversaire, qui poursuit ses études à temps plein	Certificat de scolarité fourni annuellement + attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale du régime étudiant
Enfant jusqu'à son 27^e anniversaire, en contrat d'apprentissage, de professionnalisation ou stagiaire et percevant une rémunération inférieure à 80% du SMIC	Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou convention de stage + attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale de l'enfant + attestation fiscale ou à défaut le dernier bulletin de salaire
Enfant jusqu'à son 27^e anniversaire et inscrit au Pôle emploi pour un premier emploi	Certificat de scolarité de la dernière année d'études + attestation d'inscription au Pôle emploi + attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale
Enfant handicapé touchant une rémunération inférieure à 80% du SMIC	Document justificatif

Certaines pièces justificatives ont une durée de validité d'un an. Chaque année votre organisme assureur vous demandera de lui transmettre les justificatifs afin de prolonger les droits de vos enfants à charge.

Il se réserve par ailleurs le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire.

Poursuite d'études à temps à plein	Sont concernés les enfants inscrits dans un établissement d'études secondaires, universitaire ou une faculté, dans un IUT ou un établissement habilité à délivrer un BTS, en classe préparatoire aux Grandes Écoles, dans une école supérieure publique ou privée (sous contrat avec l'Éducation Nationale)
Poursuite d'études à temps partiel	Sont concernés les enfants qui poursuivent des études en contrat d'alternance (apprentissage ou professionnalisation) de stage (y compris les enseignants stagiaires) et dont les ressources sont inférieures à 80% du SMIC brut

La gestion de votre régime

Centres d'accueil dédiés au suivi de votre régime

VOUS SOUHAITEZ UN CONTACT DANS LES DÉPARTEMENTS	VOTRE CENTRE D'ACCUEIL DÉDIÉ EST DÉTERMINÉ EN FONCTION DE L'IMPLANTATION GÉOGRAPHIQUE DE VOTRE EMPLOYEUR
04, 05, 06, 13, 20, 83, 84	MAOS - Association de gestion Contrat UCANSS 3 avenue Jules Cantini - 13006 MARSEILLE Fax : 04 91 17 23 49
38, 69	AG2R Prévoyance - MIPOS Contrat UCANSS 54 rue Servient - 69003 LYON Fax : 04 27 87 71 82
01, 02, 07, 08, 10, 17, 24, 33, 40, 42, 47, 51, 52, 64, 65, 67, 68, 73, 74, 77, Guyane	AG2R Prévoyance - Contrat UCANSS BP 40332 - 13271 MARSEILLE CEDEX 08 Fax : 04 38 21 08 55
Martinique	AG2R Prévoyance - Contrat UCANSS OSS Martinique Carrefour Dillon - BP 460 - Immeuble UNIVERSCIM 97200 FORT DE FRANCE Fax : 05 96 75 59 50
Mayotte	UMS Union Mutualité Solidarité 45 rue Charles Gounod – BP 60952 97478 SAINT DENIS CEDEX Tél : +262(0)2 62 26 80 80 Fax : +262(0)2 62 90 47 93

Comment nous contacter ?

Pour toute demande de remboursement

Par courrier

Toute correspondance doit être envoyée à l'adresse de votre centre d'accueil dédié mentionné ci-dessus.

Par téléphone

Nous avons mis en place un numéro de téléphone spécifique pour vous renseigner rapidement. Ce numéro d'appel conformément à la nouvelle loi LME (Loi sur la modernisation de l'économie) n'est pas surtaxé.

Un conseiller vous répondra ou transmettra votre demande au service concerné (du lundi au vendredi de 8h30 à 18h).

Avant d'appeler, merci de vous munir de votre carte santé avec votre numéro de Sécurité sociale ou celui du bénéficiaire concerné.

- Centre de relation clients : 0 974 50 50 50 (appel non surtaxé)

Par internet

Sur le site www.parteo-tierspayant.com, vous pouvez avec votre code secret (indiqué au bas de votre décompte de prestations et modifiable à la première connexion) :

- consulter en ligne ou par e-mail vos décomptes de prestation et vos remboursements,
- localiser des professionnels de santé.

Pour tout changement concernant votre contrat

Si vous êtes salarié

Pour tout changement dans votre situation

Contactez votre employeur, qui nous transmettra vos modifications pour :

- un mariage
 - ✓ indiquer s'il y a un changement de nom. Pour une demande d'enregistrement du conjoint, joindre la photocopie de son attestation du régime obligatoire, ainsi qu'un nouveau relevé d'identité bancaire si nécessaire ;
- une naissance
 - ✓ transmettre un acte de naissance ou une photocopie du livret de famille et indiquer si l'enfant doit être enregistré sous le numéro de Sécurité sociale de la mère ou du père ;
- un divorce
 - ✓ faire un courrier demandant la radiation du conjoint et préciser s'il y a changement de nom, d'adresse ou de relevé d'identité bancaire ;
- une modification de votre carte de Sécurité sociale
 - ✓ transmettre la nouvelle attestation ;
- un maintien de droit pour vos bénéficiaires (demandeurs d'emplois, ...);
- un changement d'adresse ;
- un changement de coordonnées bancaires
 - ✓ transmettre le nouveau relevé d'identité bancaire.

Pour toutes autres questions, contactez par téléphone

- Centre de relation clients : 0 974 50 50 50 (appel non surtaxé)

Si vous êtes ex-salarié

Contactez votre centre d'accueil dédié en fonction de votre lieu d'habitation (voir page 28), ou notre

- Centre de relation clients : 0 974 50 50 50 (appel non surtaxé)

Notre service tiers payant

Il s'agit d'éviter l'avance de frais, particulièrement pour les dépenses courantes ou certaines dépenses élevées.

Chez le pharmacien

Présentez votre carte Vitale et votre carte santé PARTEO Tiers payant

Chez les autres professionnels de santé

Des accords départementaux ou individuels ont été signés avec des professionnels de santé (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, médecins, opticiens, orthophonistes, établissements hospitaliers et cliniques, laboratoires de biologie, dentistes, ambulanciers et radiologues).

Sur le site internet www.parteo-tierspayant.com vous pouvez localiser les professionnels de santé proches de votre domicile et pratiquant le tiers payant avec PARTEO Tiers payant.

Chez l'opticien

Estimation de remboursement

Avant l'achat d'un équipement optique, vous pouvez faire adresser par votre opticien un devis afin de connaître le montant restant éventuellement à votre charge :

- par fax : 0 974 500 501
- via le site : www.parteo-tierspayant.com

Service tiers-payant

Présentez votre carte PARTEO Tiers payant à l'opticien pour qu'il s'adresse au :

- Centre de Relation Professionnels de Santé
 - ✓ Tél. : 0 974 500 500
 - ✓ Fax : 0 974 500 501

L'accord de prise en charge peut également être demandé via notre site www.parteo-tierspayant.com

🔍 Chez le chirurgien-dentiste

Estimation de remboursement

Ces dépenses étant onéreuses, il est conseillé de demander un devis détaillé. Afin de connaître le montant de reste à charge éventuel avant de vous engager, vous pouvez adresser votre devis à :

- votre Centre d'accueil dédié (voir page 28),
- ou par fax au 0 974 500 501.

Service tiers payant

Certains dentistes acceptent de pratiquer le tiers payant pour les prothèses dentaires et l'orthodontie. Ils devront alors effectuer une demande de prise en charge par fax au 0 974 500 501.

🔍 En cas d'hospitalisation (en établissement conventionné)

PARTEO Tiers payant délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux restant à la charge de l'assuré après intervention du régime général de base, ainsi que le forfait hospitalier et, le cas échéant, la chambre particulière.

- Centre de Relation Professionnels de Santé
 - ✓ Tél. : 0 974 500 500
 - ✓ Fax : 0 974 500 501

La demande de prise en charge pourra aussi être effectuée sur le site : www.parteo-tierspayant.com via un formulaire électronique.

Vos remboursements

🔍 Comment s'effectue le paiement ?

Le paiement s'effectue par virement bancaire sur le compte que vous avez indiqué.

La notification de paiement vous est adressée une fois par mois dès lors qu'une prestation au moins a été identifiée.

Vous pouvez également être informé à chaque remboursement par mail, si vous avez opté pour ce service gratuit sur votre site internet : www.parteo-tierspayant.com

Avec le système NOÉMIE (télétransmission des données), nous effectuons un remboursement express en 48 h, à partir de la réception des dossiers.



AG2R PRÉVOYANCE

Membre du groupe AG2R La Mondiale - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale

35, boulevard Brune - 75014 PARIS - Membre du GIE AG2R RÉUNICA

www.ag2rlamondiale.fr