

L'essentiel de vos garanties Frais de santé 2024

Groupe MANUTAN



Ensemble du personnel


VERLINGUE

 Génération


GENERALI



| Durée de votre adhésion

Vos garanties :

- Entrent en vigueur à la date d'effet du contrat souscrit par votre entreprise, ou à la date de votre embauche, sans franchise ni délai d'attente
- Cessent à la rupture ou pendant une période de suspension de votre contrat de travail, en cas de non-paiement de cotisations ou à la date de résiliation du contrat souscrit par votre entreprise

Cependant, la couverture Frais de santé peut être maintenue après rupture ou suspension du contrat de travail dans les conditions prévues par l'assureur et/ou la réglementation.



| Bénéficiaires de votre contrat Frais de santé

En tant que salarié du Groupe MANUTAN, vous bénéficiez du régime à titre obligatoire.

Sont également considérés comme bénéficiaires :

- votre conjoint à votre charge au sens de la Sécurité sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale ou d'un autre régime,
- en l'absence de conjoint, votre concubin à sous réserve de transmettre un justificatif de domicile commun,
- votre partenaire lié par un PACS,
- vos enfants légitimes, reconnus, adoptifs, pupilles de la nation, à votre charge fiscale et remplissant l'une des conditions suivantes :
 - d'être âgés de moins de 20 ans,
 - d'être âgés de moins de 28 ans et :
 - de poursuivre des études secondaires ou supérieures entraînant ou non l'affiliation au régime de la Sécurité sociale,
 - sous contrat d'insertion professionnelle, tels notamment, les formations en alternance, en apprentissage ou les contrats de professionnalisation, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime frais de santé au titre de leur activité salariée,
 - à la recherche d'un premier emploi, inscrits à France Travail. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
 - volontairement engagés dans une mission de Service Civique, tel que défini par le Code du service national,
 - de bénéficier des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi 75-534 du 30 Juin 1975 avant son 28ème anniversaire, quel que soit l'âge de l'enfant.



| Comment changer de niveau de garanties ?

Vous êtes obligatoirement affilié au régime de base.

Lors de votre affiliation, vous pouvez opter, moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire, pour le régime surcomplémentaire ; dans ce cas, les garanties de la surcomplémentaire responsable se substituent à celles du régime de base. Le régime retenu s'applique dans tous les cas obligatoirement à tous les bénéficiaires.

Pour améliorer la prise en charge des dépassements d'honoraires (Médecins non adhérents à un DPTAM) et des dépenses optiques (Monture), vous pouvez souscrire en complément une Surcomplémentaire facultative dite « non responsable ». Cette adhésion facultative est possible quel que soit le niveau de garanties que vous avez choisi.

En cas de changement de situation de famille, vous avez la possibilité de changer de niveau de garanties dans les 3 mois qui suivent ce changement ; la nouvelle garantie optionnelle prend effet :

- au 1er jour de l'évènement, s'il s'agit de la naissance ou l'adoption d'un enfant ;
- au 1er jour du mois suivant la réception de la demande (cachet de la poste faisant foi), dans tous les autres cas.

Vous pouvez également changer de niveau de garanties, à effet du 1er janvier, sous réserve que la demande parvienne à Génération avant le 31 octobre de l'année précédente :

- Si vous êtes affilié au régime de base, vous avez la possibilité d'opter pour l'une des surcomplémentaires pour une durée minimum d'un an (sauf modification de la situation de famille).
- Si vous êtes affilié à l'une des surcomplémentaires, vous pouvez revenir à un niveau inférieur après une durée d'adhésion minimum d'un an (sauf modification de la situation de famille).

Les garanties sont acquises sans délai d'attente et cessent en cas de rupture ou de suspension du contrat de travail, ou en cas de non-paiement des cotisations, ou en cas de résiliation du contrat d'assurances collectives.

Votre tableau de garanties

Les prestations garanties par le Régime de base incluent celles versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels.

Les prestations de la surcomplémentaire responsable incluent celles du Régime de base dans la limite des frais réels.

Les prestations de la surcomplémentaire Non responsable interviennent en complément du dispositif responsable dans la limite des frais réels.

GARANTIES	Régime de base	Surcomplémentaire responsable	Surcomplémentaire non responsable
Hospitalisation - y compris maternité			
Honoraires			
. Médecin adhérent à un DPTAM	450% BR	550% BR	
. Médecin non adhérent à un DPTAM	200% BR	200% BR	+ 200% BR
Forfait journalier hospitalier	Pris en charge		
Frais de séjour			
. Conventionné	430% BR	500% BR	
. Non conventionné	430% BR	500% BR	
Chambre particulière	120€ par jour	170€ par jour	
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	40€ par jour	75€ par jour	
Forfait Patient urgence	Pris en charge		

Soins Courants - y compris maternité			
Honoraires médicaux :			
. Généraliste adhérent à un DPTAM	170% BR	220% BR	
. Généraliste non adhérent à un DPTAM	150% BR	200% BR	+ 200% BR
. Spécialiste adhérent à un DPTAM	300% BR	350% BR	
. Spécialiste non adhérent à un DPTAM	200% BR	200% BR	+ 200% BR
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...)	150% BR	250% BR	
Analyses et examens de laboratoire	150% BR	250% BR	
Médicaments :			
. Pharmacie prescrite prise en charge par le RO	100% BR	100% BR	
. Médicaments prescrits non pris en charge par le RO [3]	50€	100€	
Matériel médical - Appareillage (hors optique, dentaire et aides auditives)	350% BR	450% BR	
Radiologie			
. Adhérent à un DPTAM	150% BR	250% BR	
. Non adhérent à un DPTAM	130% BR	200% BR	+ 200% BR
Actes de spécialités (petite chirurgie)			
. Adhérent à un DPTAM	300% BR	350% BR	
. Non adhérent à un DPTAM	200% BR	200% BR	+ 200% BR
Frais de transport pris en charge par le RO	100% BR	125% BR	

Votre tableau de garanties

Aides auditives - Un équipement par oreille, tous les 4 ans (à compter de la date d'achat) dans la limite de 1 700 € (y compris RO)

Equipements 100 % Santé [1]	Prise en charge intégrale dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Equipements hors 100 % Santé (par oreille)	350% BR	450% BR
Accessoires pris en charge par le RO	100% BR	100% BR

Optique - Optique - Un équipement tous les 2 ans pour les adultes (à compter de la date d'achat), par période de un an pour les moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les moins de 6 ans

Equipements 100 % Santé (y compris prestation d'appairage) [1]	Prise en charge intégrale dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Equipements hors 100 % Santé		
Optique		
. Monture	100€	100€ + 40 € monture enfant + 75 € monture adulte
. Verres unifocaux	} Cf. Grilles Optiques Santéclair	
. Verres multifocaux		
Lentilles correctrices prescrites par an et par bénéficiaire		
. Prises en charge par le RO [3]	300€ (au-delà du forfait 100 % BR)	350€ (au-delà du forfait 100 % BR)
. Non prises en charge par le RO [3]	250€	300€
Chirurgie correctrice de l'œil [3]	600€ par œil	1000€ par œil
Prestation d'adaptation (par équipement)	100% BR	100% BR

Dentaire

Prestations remboursées par la Sécurité sociale

Soins et prothèses 100 % Santé [1]	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)	
Soins et prothèses "Hors 100 % Santé" [1] :		
. Soins	130% BR	180% BR
. Inlays / Onlays	400% BR	500% BR
. Prothèses [2] :		
- Sur incisives, canines, prémolaires	500% BR	600% BR
- Sur molaires	450% BR	550% BR
- Couronnes provisoires	450% BR (Maxi 3 / an)	550% BR (Maxi 3 / an)
- Bridge 3 éléments (pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers + 1 élément intermédiaire)	500% BR	600% BR
- Intermédiaire de bridge supplémentaire	500% BR	600% BR

Votre tableau de garanties

- Autres prothèses	450% BR	550% BR
o Inlay Core	450% BR	550% BR
o Couronne sur implant	500% BR	600% BR
- Appareil amovible	500 % BR	600% BR
Parodontologie	200% BR	300% BR
Orthodontie prise en charge par le RO	450% BR	550% BR
Prestations non remboursées par la Sécurité sociale		
- Prothèse	400€ (Maxi 3 / an)	650€ (Maxi 3 / an)
- Implantologie (Pose de l'implant racine + phase préparatoire / Faux moignon implantaire/ Couronne sur Implant non côté) [3]	600€ par implant (Maxi. 2 implants /an)	1000€ par implant (Maxi. 2 implants /an)
- Parodontologie [3]	300€ par an et par bénéficiaire	600€ par an et par bénéficiaire
- Orthodontie non prise en charge par le RO	400€ par semestre	800€ par semestre

Autres dépenses

Forfait maternité - allocation de naissance ou d'adoption	10% PMSS	10% PMSS
Examens, analyses, radios prescrits non pris en charge par le RO	Néant	100€
Cures thermales prises en charge par le RO (Traitement et Honoraires, Hébergements)	100% BR	100% BR + 500 €

Prévention

L'ensemble des actes de prévention est pris en charge au titre du contrat, dans les limites des garanties concernées avec au minimum le ticket modérateur.

Médecine douce (ostéopathie - acupuncture - homéopathie - chiropractie - étiothérapie - psychomotricité - naturopathie - hypnothérapie - sophrologie - réflexologie - pédicurie-podologie - psychothérapie - ergothérapie) [3]	60€ par séance Maxi 3 séances /an	60€ par séance Maxi 4 séances /an
Consultation psychologue par personne bénéficiaire	60€ par séance Maxi 2 séances /an	60€ par séance Maxi 3 séances /an
Consultation diététicien/nutritionniste par personne bénéficiaire	50€ par séance Maxi 2 séances /an	50€ par séance Maxi 3 séances /an
Vaccins non pris en charge par le RO prescrits ou non	50€ /an	100€ / an
Substituts nicotiques non pris en charge par le RO	40€ /an	80€ / an

Votre tableau de garanties

[1] Tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale

[2] Les actes relatifs aux inlays-core, inlay, onlays et aux prothèses dentaires remboursés par le RO et faisant partie du Panier des Prothèses à tarifs limités sont pris en charge à hauteur de la garantie contractuelle correspondant au poste envisagé limité à l'Honoraire Limite de Facturation (HLF*) sous déduction des prestations du RO.

Prothèses à tarifs limités : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les « Soins et prothèses 100 % Santé » dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

[3] Par an et par bénéficiaire



| Lexique

RO : RÉGIME OBLIGATOIRE

Régime d'assurance maladie (géré par la Sécurité sociale).

BR : BASE DE REMBOURSEMENT

Tarif dont tient compte la Sécurité sociale pour établir ses remboursements en secteur conventionné.

DPTAM : DISPOSITIF PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISÉE

Dispositif ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés de secteur 2.

PMSS : PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Fixé chaque année par décret, sa valeur prévisionnelle est de 3864 € pour 2024



| Services Génération : la gestion de votre complémentaire santé

Web et Mobile



De nombreuses solutions en ligne pour gérer votre contrat en toute indépendance sur le site www.generation.fr ou sur l'appli mobile Génération

Accueil téléphonique 24h/24 et 7j/7

02 98 51 38 00 (tarif local)

Gwen, assistante virtuelle qui vous accompagne dans vos démarches sans délai d'attente

Une équipe de conseillers experts pour toute demande spécifique du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

Génération TV

www.youtube.com/c/GenerationTV



 Génération



Optique et réseau de soins

✓ | Dans le réseau de soins : votre équipement sans reste à charge

En vous rendant chez un opticien partenaire du réseau Santéclair, **vous pourrez bénéficier d'un remboursement de vos verres aux frais réels** (sur la base d'un équipement prédéfini [1][2])

Adoptez le réflexe Santéclair ! **SANTÉCLAIR**

Le réseau de soins Santéclair vous permet de limiter votre reste à charge et de maîtriser vos dépenses de soins en Optique, Dentaire et Audioprothèse.

- En optique** ➔ Des tarifs négociés sur les verres et jusqu'à 20% d'économie sur les montures
- En audiologie** ➔ Jusqu'à 35% d'économie sur les aides auditives
- En dentaire** ➔ Des tarifs négociés sur les prothèses et jusqu'à 40% d'économie sur l'implantologie

[Engagement de confiance des partenaires, de qualité et de traçabilité des équipements]

Géolocalisez les partenaires du réseau via l'application Génération ou votre espace adhérent.

✗ | Hors du réseau de soins

Hors panier 100% Santé (Classe B)
Garanties incluant le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire

	Verre UNIFOCAL			Verre MULTIFOCAL				Prestations d'adaptation, filtres et suppléments optiques	
	Verre simple	Verre complexe		Verre très complexe		Verre très complexe			
Régime de base	100 €	120 €	160 €	160 €	200€	200€	220 €	250 €	100% BR
Surcomplémentaire responsable	120 €	150 €	200 €	200 €	230 €	250 €	270 €	300 €	100% BR

Défaut visuel	Verre simple		Verre complexe				Verre très complexe	
Niveau	101	102	103	104	111	112	113	114
Sphère (S)	entre -4 et +4	de -6 à -4,25 de -6 à -0,25 de +4,25 à +6 de 0 à +4	de -8 à -6,25 de -8 à 0 de 0 à +8	hors zone de -8,25 à +8,25	entre -4 et +4	de -8 à -4,25 de -8 à -0,25 de +4,25 à +8 de 0 à +5,75	de -8 à 0 de 0 à +8	hors zone de -8,25 à +8,25
Cylindre (C)	de 0 à 2	de 0 à 2 de 2,25 à 4 de 0 à 2 et S+C ≤ 6 de 2,25 à 6 et S+C ≤ 6	de 0 à 4 ≥ 4,25 S+C > 6	Tout cylindre	de 0 à 2	de 0 à 2 de 2,25 à 4 de 0 à 2 et S+C ≤ 8 de 2,25 à 8 et S+C ≤ 8	≥ 4,25 S+C > 8	Tout cylindre

[1] - CONFORT 2023 - Verres Classe B dans le réseau optique Santéclair : dans le catalogue de tous les verres des 4 verriers de marque sélectionnés par Santéclair pour des verres anti rayures, anti UV, antireflets, anti lumière bleue (ne sont pas pris en charge les traitements photochromiques, les teintés et les verres individualisés). Amincissement du verre : "Standard" pour un verre de Niveau 101 ou 111; "Aminci" pour un verre de Niveau 102 ou 112 ; "Très aminci" pour un verre de Niveau 103 ou 113 ; "Ultra aminci" pour un verre de Niveau 104 ou 114. Pour les verres de Niveau 201 à 204, l'aminçissement est identique au même défaut visuel parmi les Niveaux 101 à 114.

[2] - PREMIUM 2023 - Verres Classe B dans le réseau optique Santéclair : 0€ reste à charge sur tous les verres et traitements, dans le catalogue de tous les verres des 4 verriers de marque sélectionnés par Santéclair.

Exemples de remboursement

Ces exemples de remboursement sont donnés à titre indicatif pour faciliter la compréhension et la comparaison des garanties dans le cas général. Ils tiennent compte des dernières dispositions réglementaires en vigueur au jour de la rédaction et ne sauraient se substituer aux documents contractuels de l'assureur.

SOINS	REMBOURSEMENT MAXIMUM						
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM) pour une opération chirurgicale de ménisectomie du genou par arthroscopie	<table border="0"> <tr> <td>Régime de base</td> <td>191,43 €</td> <td>670,01 €</td> </tr> <tr> <td>Surcomplémentaire responsable</td> <td>191,43 €</td> <td>861,44 €</td> </tr> </table>	Régime de base	191,43 €	670,01 €	Surcomplémentaire responsable	191,43 €	861,44 €
Régime de base	191,43 €	670,01 €					
Surcomplémentaire responsable	191,43 €	861,44 €					
Traitement semestriel d'orthodontie (moins de 16 ans - 6 semestres max.)	<table border="0"> <tr> <td>Régime de base</td> <td>193,50 €</td> <td>677,25 €</td> </tr> <tr> <td>Surcomplémentaire responsable</td> <td>193,50 €</td> <td>870,75 €</td> </tr> </table>	Régime de base	193,50 €	677,25 €	Surcomplémentaire responsable	193,50 €	870,75 €
Régime de base	193,50 €	677,25 €					
Surcomplémentaire responsable	193,50 €	870,75 €					
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (tarif libre)	<table border="0"> <tr> <td>Régime de base</td> <td>72,00 €</td> <td>528,00 €</td> </tr> <tr> <td>Surcomplémentaire responsable</td> <td>72,00 €</td> <td>648,00 €</td> </tr> </table>	Régime de base	72,00 €	528,00 €	Surcomplémentaire responsable	72,00 €	648,00 €
Régime de base	72,00 €	528,00 €					
Surcomplémentaire responsable	72,00 €	648,00 €					
Chambre particulière	<table border="0"> <tr> <td>Régime de base</td> <td>120,00 €</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Surcomplémentaire responsable</td> <td></td> <td>170,00 €</td> </tr> </table>	Régime de base	120,00 €		Surcomplémentaire responsable		170,00 €
Régime de base	120,00 €						
Surcomplémentaire responsable		170,00 €					

■ Remboursement de la Sécurité sociale

■ Remboursement complémentaire (mutuelle)

Les services associés



| Téléconsultation

Ce service donne la priorité à votre santé et à celle de votre famille 24h/24, 7j/7 en tout anonymat et en toute confidentialité.

Des médecins vous aident à faire le point sur votre situation et vous apportent des réponses adaptées. Ils peuvent également délivrer une ordonnance si nécessaire.

Important : la téléconsultation n'est pas un service d'urgence

Accédez au service par téléphone : 01 41 85 91 59



| Deuxième avis

En cas de problème de santé sérieux (cancer, intervention chirurgicale, traitement lourd...), ce service vous permet de bénéficier d'un deuxième avis par un médecin expert dans sa spécialité, qui analysera votre demande et votre dossier médical.

Pourquoi demander un 2ème avis médical ?

- Pour confirmer l'avis du premier médecin
 - Pour envisager le meilleur traitement médical en cas de divergence entre les avis de deux médecins
- Vous pouvez accéder au service via la plateforme MED&VOUS



| Action sociale

Un fonds social peut vous apporter une aide en cas de situation humaine et financière difficile, aggravée par un événement déclencheur de détresse sociale (maladie, accident, handicap...).

Toute demande d'aide est étudiée par le comité de fonds qui statue et, si la demande d'aide est acceptée, organise la mise en œuvre de sa décision.

Accédez au service par téléphone : 01 41 85 98 41

Pour toute demande, un dossier doit être adressé à l'adresse suivante : actionsociale@generali.fr



| Assistance

Le service d'assistance vous accompagne face à certains imprévus de la vie avec des aides pour faciliter votre quotidien (garde d'enfants, aide à domicile, ...). Contactez l'assistance afin d'échanger sur votre situation et de mettre en place une solution adaptée à vos besoins par téléphone au 01 41 85 92 34 (n° de convention d'assistance : EA8)

Le 100 % Santé

Une réforme pour améliorer l'accès aux soins

Son objectif : favoriser l'accès à des soins de qualité, avec un remboursement intégral de ses soins, dans les 3 domaines suivants :

Optique Dentaire Prothèses auditives

Pour ces 3 domaines, des paniers « 100 % Santé » ont été créés, avec des équipements prédéfinis et des prix encadrés. Lorsque vous choisissez votre équipement dans le panier « 100 % Santé », vous serez intégralement remboursé par la Sécurité sociale et votre complémentaire santé. Hors panier « 100% Santé », vous serez remboursé sur la base des garanties habituelles du contrat (avec un éventuel reste à charge selon le cas). Votre professionnel de santé doit vous remettre un devis avec au moins une offre « 100 % Santé » (sauf si votre dentiste n'y trouve pas le traitement adapté pour vos soins).

www.placeau100pour100.fr

Retrouvez en ligne toutes les informations pratiques dont vous avez besoin sur la réforme du 100 % Santé et le principe du reste à charge zéro

Bon à savoir !

En Optique, vous pouvez choisir une partie de votre équipement dans le panier « 100 % Santé » (les verres de votre paire de lunettes, par exemple) et l'autre en dehors (la monture, par exemple).

Les actes médicaux

Actes DPTAM / non DPTAM

Selon le secteur d'activité choisi par votre médecin, les honoraires pratiqués et règles de remboursement varient.

Les médecins de secteur 1 appliquent les tarifs fixés par la Sécurité sociale (pas de dépassement d'honoraires).

Les médecins de secteur 2 sont répartis en 2 sous-catégories :

- Les médecins adhérents à l'OPTAM (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, appelée également Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée - DPTAM) qui s'engagent à pratiquer des honoraires avec dépassement maîtrisé
- Les médecins non adhérents à l'OPTAM qui pratiquent des honoraires libres

Votre reste à charge sera plus important si vous consultez un médecin de secteur 2 non adhérent à l'OPTAM (coût de la consultation supérieur, remboursement de la Sécurité sociale minoré et prise en charge par votre complémentaire santé limitée dans le cas d'un contrat responsable).

Comment connaître le secteur d'activité et les honoraires pratiqués par votre médecin ?

Chez votre médecin ou sur l'annuaire santé de la Sécurité sociale accessible depuis Ameli.fr