

L'ESSENTIEL DE VOS GARANTIES

FRAIS DE SANTÉ

Ensemble du personnel
A effet du 1^{er} janvier 2020



Les informations figurant dans le présent document ne sauraient avoir une valeur contractuelle ;
il convient de se référer à la globalité des dispositions du contrat d'assurance pour en connaître les clauses et conditions

Avec votre courtier



Géré par



Assuré par



Avec le réseau de soins



L'essentiel sur votre couverture

Votre régime Frais de santé a pour objet de couvrir le remboursement de tout ou partie des frais médicaux et chirurgicaux engagés pour vous-même ou vos bénéficiaires

■ QUI SONT LES ACTEURS DE VOTRE COUVERTURE ?



Verlingue conseille, négocie et gère votre programme d'assurance Frais de santé

Missions : vous faire bénéficier de garanties performantes, de cotisations calculées au plus juste et de la meilleure qualité de services



Le contrat d'assurances collectives garantissant votre couverture est souscrit auprès de GENERALI



Génération gère vos prestations Frais de santé et vous accompagne au quotidien

Mission : vous faire bénéficier des meilleurs services pour le remboursement de vos frais de santé (délais de remboursement rapides, information, tiers-payant, services en ligne)



Votre régime bénéficie du service Carte Blanche

■ À QUEL MOMENT LA COUVERTURE PREND-ELLE EFFET ?

Vos garanties entrent en vigueur à la date d'effet du contrat d'assurances collectives ou à la date d'embauche sans franchise ni délai d'attente

■ QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME ?

En tant que salarié de 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 charge au sens de la Sécurité sociale ou, sous réserve d'une attestation sur l'honneur de vie maritale, votre concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale,
- 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,
 - d'être âgés de moins de 28 ans, sous contrat d'apprentissage ou contrat d'alternance,
 - d'être âgés de moins de 28 ans et à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle emploi, inscrits au Pôle Emploi et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois. 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,
 - de bénéficier des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi 75-534 du 30 Juin 1975, quel que soit l'âge de l'enfant

L'essentiel sur votre couverture

■ QUELLE EST LA DURÉE DE L'ADHÉSION ?

Vos garanties cessent à la rupture du contrat de travail, pendant la période de suspension de contrat de travail ou à la date de résiliation du contrat d'assurances collectives.

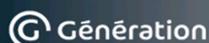
Cependant, la couverture Frais de santé peut être maintenue après rupture ou suspension du contrat de travail dans les conditions prévues par l'assureur et/ou la réglementation.

■ LE CONTRAT EST-IL RESPONSABLE CONFORMÉMENT À LA RÉGLEMENTATION ?

Modifiées en profondeur ces dernières années, les garanties sont encadrées par la législation sur les « contrats responsables ». Une nouvelle réforme dite « 100 % Santé » ou « reste à charge zéro » intervient à compter du 1^{er} janvier 2020 et modifie les postes Optique et Dentaire. En 2021, la réforme touche également les appareillages auditifs.

Votre contrat respecte ces évolutions afin de répondre aux nouvelles exigences du cahier des charges des contrats responsables.

La réforme 100 % Santé



www.placeau100pour100.fr

Nouveau ! 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

■ UNE RÉFORME POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS

L'objectif de la réforme est de favoriser l'accès à des soins de qualité, avec une prise en charge à 100 % dans le domaine de l'optique, du dentaire et de l'audiologie.

En effet, les constats sont les suivants :



Optique
Reste à charge moyen constaté : 22 % ⁽¹⁾
10 %
des français ne sont pas équipés ⁽²⁾



Dentaire
Reste à charge moyen constaté : 25 % ⁽¹⁾
17 %
des français renoncent aux soins ⁽³⁾



Prothèses auditives
Reste à charge moyen constaté : 56 % ⁽¹⁾
67 %
des français ne sont pas équipés ⁽³⁾

¹ Source : commission des comptes de la santé | ² Sources : CNDS et INSEE 2014
Reste à charge = dépense - remboursements Sécurité sociale et complémentaire santé

| ³ Sources : EHIS-ESPS, DRESS-IRDES 2014

Pour les 3 domaines concernés, des paniers « 100 % Santé » sont créés, avec des équipements prédéfinis et des prix encadrés. Ces soins et équipements sont intégralement financés par la Sécurité sociale et les complémentaires santé.

En dehors du panier « 100 % Santé », les soins et équipements sont remboursés sur la base des garanties en vigueur.

■ UNE MISE EN PLACE PAR ÉTAPES

Les paniers « 100 % Santé » vont évoluer progressivement jusqu'au remboursement total.



■ L'OFFRE DE SOINS EN OPTIQUE

Les garanties proposées dans le panier « 100 % Santé » :



- Monture
 - Un prix maximum est fixé à 30 €
 - Un choix est offert parmi 17 modèles pour les adultes et 10 pour les enfants (en 2 couleurs)
- Verres
 - Toutes les corrections sont concernées
 - Avec des traitements obligatoires : anti-rayure, anti-reflet et aminci (selon la correction)

Infos +

- Un devis « 100 % Santé » devra être obligatoirement présenté par les opticiens
- Un panachage est possible entre les verres et la monture. Par exemple, il est possible de choisir uniquement les verres dans l'offre « 100 % Santé »
- Un renouvellement est possible tous les 2 ans (à compter de la date d'achat), sauf en cas d'évolution définie de la vue ou pour les enfants de moins de 16 ans
- Un remboursement maximum de la monture par les complémentaires santé est fixé à 100 € (y compris le régime obligatoire)

La réforme 100 % Santé

■ L'OFFRE DE SOINS EN DENTAIRE

Les dentistes devront proposer la solution la plus adaptée, en intégrant aussi souvent que possible des solutions « 100 % Santé »

→ Un service d'analyse des devis est mis à disposition par Génération

Les garanties proposées dans le panier « 100 % Santé » :



Infos +

- Les prothèses (couronne, bridge, appareil amovible...) sont prises en charge en fonction du matériau (métallique, céramique...) et de la position de la dent (visible ou non)

- En plus de l'offre « 100 % Santé », et pour un reste à charge maîtrisé, certains équipements font l'objet de prix plafonnés
- Les soins courants sont également mieux pris en charge
- Des actions de prévention sont mises en place

■ L'OFFRE DE SOINS EN AUDIOLOGIE

Les garanties proposées dans le panier « 100 % Santé » :



Infos +

- Des équipements sont référencés pour leur performance technique et esthétique
- Des garanties sont associées (casse, réglage, adaptation...)
- Un choix est offert parmi, au minimum, 3 options de confort (système anti-acouphène, connectivité...)
- Une garantie de 4 ans est incluse

- Un devis « 100 % Santé » devra être obligatoirement proposé par les audioprothésistes
- Un renouvellement est possible tous les 4 ans
- Des actions de prévention sont mises en place
- Un remboursement maximum des complémentaires santé est fixé à 1 700 € par oreille (y compris le régime obligatoire)

Vous pourrez choisir une offre sans reste à charge ou une offre avec des équipements différents, à tarifs libres.

Sur les domaines concernés (optique, dentaire, audiology), vous pourrez choisir les équipements, appareillages ou soins plus complets avec un éventuel reste à charge qui dépend des conditions de votre contrat.

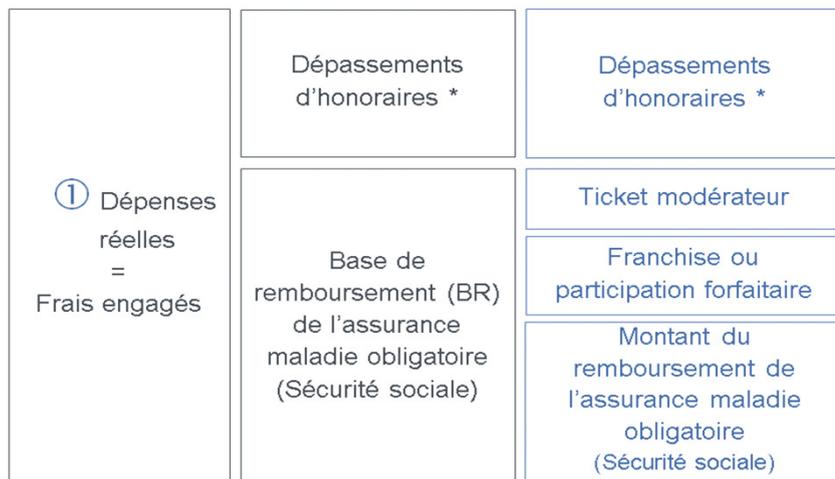
Exemples de remboursement

(informations non contractuelles)

Vos remboursements de soins se décomposent, selon votre dépense réelle, entre :

- Ce que couvre l'assurance maladie obligatoire (la Sécurité sociale),
- Ce que votre complémentaire santé peut vous rembourser,
- Ce qui peut rester à votre charge.

VOS DÉPENSES DE SANTÉ



QUI PAYE LES DÉPENSES ?



* A noter que les dépassements d'honoraires figurant dans ce schéma n'existent pas systématiquement. Dans ce cas, la dépense réelle est alors égale à la base de remboursement.

Les exemples de remboursement présentés sur ces deux pages facilitent la lisibilité des garanties avec des tarifs nationaux moyens normés par la réglementation. Ces tarifs ou "Frais engagés" sont fournis par l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM) et sont actualisés chaque année. Les exemples relèvent d'un patient adulte respectant le parcours de soins (sans exonération du ticket modérateur) et non considéré en affection de longue durée (ALD) par la Sécurité sociale.

	① Frais engagés	② Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	④ Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	③+⑤ Vous (Reste à charge)
Hospitalisation				
Forfait journalier hospitalier (hors établissement psychiatrique)	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	247,70 €	183,30 €	0,00 €

Optique				
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100 % Santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €
Équipement optique de classe B (tarifs libres monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	339,91 €	5,00 €

Exemples de remboursement

(informations non contractuelles)

	① Frais engagés	② Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	④ Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	③+⑤ Vous (Reste à charge)
Dentaire				
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100 % Santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	538,70 €	84,00 €	454,70 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	387,00 €	76,45 €

Aides auditives (pour un adulte de plus de 20 ans)				
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100 % Santé en 2020)	1 100,00 €	210,00 €	840,00 €	50,00 €

> La prise en charge intégrale par le 100 % Santé d'une aide auditive de classe I est applicable uniquement à compter du 1^{er} janvier 2021 dans les contrats. En 2020, la prise en charge calculée intervient donc dans les limites de garanties prévues au contrat.

Aide auditive de classe II par oreille (tarif libre)	1 476,00 €	210,00 €	840,00 €	426,00 €
---	------------	----------	----------	----------

Soins courants				
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	** 16,50 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	** 20,00 €	9,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	** 20,00 €	23,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	** 15,10 €	29,90 €	11,00 €

** Franchise de 1 € sur le remboursement du régime obligatoire

L'essentiel sur vos garanties Frais de santé

■ QUELLES SONT VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ ?

Les prestations garanties par votre couverture frais de santé interviennent en complément de celles versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels.

GARANTIES	REGIME OBLIGATOIRE
Hospitalisation (Y compris maternité)	
Honoraires	
. Médecin adhérent à un DPTAM	350 % BR
. Médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100% BR
Forfait journalier hospitalier	Pris en charge
Frais de séjour	350 % BR
Chambre particulière	120 € par jour
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	40 € par jour
Soins Courants (Y compris maternité)	
Honoraires médicaux	
. Généraliste adhérent à un DPTAM	100 % BR
. Généraliste non adhérent à un DPTAM	80 % BR
. Spécialiste adhérent à un DPTAM	200 % BR
. Spécialiste non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100% BR
Honoraires paramédicaux (Auxiliaires médicaux : kiné,...)	100 % TM
Analyses et examens de laboratoire	200 % BR
Médicaments :	
Pharmacie prescrite prise en charge par le RO	100 % TM
Médicaments prescrits non pris en charge par le RO	30 € par an et par bénéficiaire
Matériel médical :	
Appareillage (hors optique, dentaire et aides auditives)	240 % BR
Prothèses externes liées au traitement du cancer	150 € par an et par bénéficiaire
Radiologie :	
. Adhérent à un DPTAM	100 % TM
. Non adhérent à un DPTAM	100 % TM
Actes de spécialités (petite chirurgie)	
. Adhérent à un DPTAM	200 % BR
. Non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100% BR
Frais de transport pris en charge par le RO	100 % TM
Médecine douce (Ostéopathe, diététicien, acupuncteur, chiropracteur)	45 € par séance (Maxi 3 séances par an et par bénéficiaire)

L'essentiel sur vos garanties Frais de santé

■ QUELLES SONT VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ ?

Les prestations garanties par votre couverture frais de santé interviennent en complément de celles versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels.

GARANTIES	REGIME OBLIGATOIRE
Aides auditives	
<u>Prestations jusqu'au 31 décembre 2020</u>	
. Aide auditive	240 % BR
. Accessoires pris en charge par le RO	100 % TM
<u>Prestations à partir du 1er janvier 2021</u>	
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans et dans la limite de 1 700 euros (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	240 % BR
Accessoires pris en charge par le RO	100 % TM
Optique	
Prise en charge limitée à un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants entre 16 ans et 18 ans (sauf cas de renouvellements anticipés pour évolution définie de la vue), par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur	
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 (dont maximum de 100 € pour la monture y compris RO)	
<u>Optique adulte :</u>	
Monture	100 € - RSS
Verres simple foyer	120 € par verre - RSS
Verres multifocaux	250 € par verre - RSS
Prestation d'adaptation (par équipement)	100 % TM
<u>Optique enfant</u> (moins de 16 ans) :	
Monture	100 € - RSS
Verres simple foyer	110 € par verre - RSS
Verres multifocaux	110 € par verre - RSS
Prestation d'adaptation (par équipement)	100 % TM
Lentilles correctrices prescrites par an et par bénéficiaire	
. Prises en charge par le RO	250 € (au-delà du forfait 100 % TM)
. Non prises en charge par le RO	250 €
Traitement des corrections visuelles par chirurgie réfractive	450 € par œil par an et par bénéficiaire

L'essentiel sur vos garanties Frais de santé

■ QUELLES SONT VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ ?

Les prestations garanties par votre couverture frais de santé interviennent en complément de celles versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels.

GARANTIES	REGIME OBLIGATOIRE
Dentaire	
Prestations remboursées par le RO	
Soins et prothèse 100 % Santé ^[1]	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)
Soins et prothèses "Hors 100 % Santé" ^[1] :	Limitation à 2 500 € par an et par bénéficiaire (100% TM + 25% BR au-delà du forfait) pour le poste prothèse dentaire
. Soins Dentaires	100 % TM
. Inlays / Onlays	300 % BR
. Prothèses ^[2] :	
o Sur incisives, canines, prémolaires	380 % BR
o Sur molaires	360 % BR
o Bridge 3 éléments (pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers + 1 élément intermédiaire)	280 % BR
o Intermédiaire de bridge supplémentaire	280 % BR
o Autres prothèses	280 % BR
. Appareil amovible	350 % BR
Parodontologie	100 % TM
Orthodontie prise en charge par le RO	300 % BR
Prestations non remboursées par le RO	
. Prothèses :	
o Prothèse sur dent saine	250 % BR reconstituée sur la base du SPR50
Implantologie (Pose de l'implant racine + phase préparatoire / Faux moignon implantaire/ Couronne sur Implant non cotée)	550 € par an et par bénéficiaire
Parodontologie	100 € par an et par bénéficiaire
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.	
Autres dépenses	
Maternité - allocation naissance (doublée si naissance multiple)	15 % PMSS 514,20 €
Services	
Assistance	OUI - N° de téléphone : 01 41 85 92 34
Téléconsultation médicale	OUI - N° de téléphone : 01 41 85 91 59

Pour plus de détail, consultez le lexique en fin de document

^[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 PROTHESES 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).

Le réseau de soins Carte Blanche

■ LE RÉSEAU CARTE BLANCHE POUR BAISSER VOS RESTES À CHARGE

Vous bénéficiez du réseau Carte Blanche qui offre de nombreux avantages auprès d'opticiens référencés. Vous conservez cependant la liberté de vous rendre chez un opticien non référencé.

■ VOUS AVEZ DES LUNETTES À ACHETER ? PLUSIEURS CHOIX S'OFFRENT À VOUS :

SI VOUS CHOISISSEZ UN ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ

- Vous n'avez pas de reste à charge ; et ce, quel que soit votre opticien (partenaire Carte Blanche ou non)



SI VOUS CHOISISSEZ UN ÉQUIPEMENT EN DEHORS DU 100 % SANTÉ

VOUS SOUHAITEZ
VOUS RENDRE CHEZ
UN OPTICIEN
PARTENAIRE CARTE
BLANCHE

- Vous bénéficiez de tarifs négociés et de verres de qualité, ainsi que l'accès à des services préférentiels

VOUS SOUHAITEZ
VOUS RENDRE CHEZ
UN OPTICIEN NON
PARTENAIRE

- Vous ne profiterez pas de tarifs négociés. Vous pouvez bénéficier du tiers-payant Génération et n'aurez pas à faire l'avance de frais. Vous devez adresser à Génération (29080 QUIMPER Cedex 9) la copie de l'ordonnance de l'ophtalmologiste, la facture détaillée de l'opticien et les originaux des décomptes de la Sécurité sociale (si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission des décomptes).

■ COMMENT ÇA MARCHE ?

- **Consultez le site ou sur l'appli mobile Génération (www.generation.fr)** pour connaître les coordonnées des professionnels de santé les plus proches de chez vous.
- **Rendez vous chez le partenaire du réseau Carte Blanche** et présentez-lui votre attestation de Tiers-Payant Santé et votre carte Vitale.
- **Demandez à bénéficier des tarifs négociés** et avantages Carte Blanche qui vous sont réservés.
- **Vous n'avez rien à payer**, sinon la part Sécurité sociale et le dépassement éventuel par rapport à votre garantie.

ADOPTÉZ LE REFLEXE



LE RÉSEAU DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN OPTIQUE





■ COMMENT PROFITER DES SERVICES EN LIGNE ?

Accédez à de nombreux services en ligne !



La gestion de votre complémentaire santé accessible via l'appli mobile Génération ou le site* www.generation.fr. Cliquez sur « Créer votre espace » et laissez-vous guider pour accéder à de nombreux services en ligne, comme par exemple :

- La mise à disposition de votre attestation de Tiers-Payant Santé sur votre mobile et la possibilité de l'imprimer depuis votre espace assuré
- La consultation de vos remboursements, la création d'alertes (notifications push) ainsi que l'archivage de vos décomptes pendant 24 mois
- La modification de vos données personnelles (adresse, numéro de téléphone) et la possibilité d'enregistrer plusieurs comptes bancaires pour le remboursement de vos frais de santé, l'accès à des applications santé et bien-être (conseils sur l'automédication, palmarès des établissements hospitaliers, thérapie du sommeil, nutrition, calendrier vaccinal, cohérence cardiaque, arrêt du tabac...)
- La géolocalisation des professionnels de santé pratiquant le tiers-payant
- La gestion de votre télétransmission et la prolongation des droits de vos enfants
- La possibilité d'effectuer vos demandes de prise en charge hospitalière
- L'envoi de justificatifs (ordonnances, factures, décomptes de Sécurité sociale, attestations de droits...)

*site adapté aux personnes en situation de handicap avec  FACILiti



**Votre espace assuré,
mobile tout simplement !**



Découvrez l'appli mobile Génération et accédez à vos services sur mobile et tablette **où et quand vous le souhaitez !**



ENVOI DE JUSTIFICATIFS



ATTESTATION DE TIERS-PAYANT



CONSULTATION DE VOS REMBOURSEMENTS



GÉOLOCALISATION DES PROFESSIONNELS



■ COMMENT BÉNÉFICIER DU TIERS-PAYANT ?

Profitez du tiers-payant !

Le tiers-payant évite l'avance des frais dans la limite de vos garanties.

Présentez au professionnel de santé votre attestation de Tiers-Payant Santé Génération en même temps que votre carte Vitale.

Réglez uniquement votre éventuel reste à charge.

... Et en cas d'hospitalisation ?

Pour vous éviter l'avance de frais, vous devez faire une demande de prise en charge hospitalière depuis votre espace assuré (rubrique Aide et contact / Contacter Génération). Génération vous délivrera un accord de prise en charge sous 24h.

Votre attestation de tiers-payant disponible à tout moment !

Accédez à votre attestation quand vous le voulez grâce à l'appli mobile Génération.

■ COMMENT ÊTRE REMBOURSÉ(E) ?

Vous bénéficiez de la télétransmission entre la Sécurité sociale et Génération

Votre bordereau de Sécurité sociale contient un message de type « décompte transmis directement à votre organisme complémentaire » : vous n'avez rien à faire ! Votre décompte est envoyé automatiquement à Génération.

Votre enfant est rattaché à la carte Vitale de chacun de ses deux parents ?

Pensez à transmettre à Génération les deux attestations de Sécurité sociale correspondantes pour permettre à Génération de recevoir automatiquement ses décomptes d'Assurance maladie !



Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission

Votre bordereau de Sécurité sociale ne comporte pas de message : vous devez récupérer ce bordereau sur ameli.fr et l'adresser à Génération.

**Gagnez du temps
pour vos remboursements !**



Transmettez vos justificatifs via l'appareil photo de votre smartphone ou tablette grâce à l'**appli mobile Génération** ou via votre espace assuré*.

*vous devez conserver l'original pendant deux ans



Lexique

FR : FRAIS RÉELS

Les frais réels correspondent aux montants facturés (honoraires...).

BR : BASE DE REMBOURSEMENT

La base de remboursement est le tarif dont tient compte la Sécurité sociale (Ss) pour établir ses remboursements en secteur conventionné. La BR n'est pas reconstituée si les frais sont engagés en secteur non conventionné (sauf dispositions contraires dans le tableau des garanties).

RSS : REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE

L'assurance maladie obligatoire rembourse tout ou partie des frais engagés en se référant à la base de remboursement. Le remboursement de Sécurité sociale est le produit de la base de remboursement et du taux de remboursement.

TM : TICKET MODÉRATEUR

Le ticket modérateur est la différence entre la base de remboursement et le montant effectivement remboursé par la Sécurité sociale.

$$TM = BR - RSS$$

PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 24 €

A la charge de l'assuré, elle est prévue pour tous les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 € ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, qu'ils soient réalisés à l'hôpital ou non. Cette participation n'est pas remboursée par la Sécurité sociale mais prise en charge au titre de votre contrat.

DPTAM : DISPOSITIF PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE

Les dispositifs de pratique maîtrisée ont pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés de secteur 2. Ce dispositif était précédemment connu sous le nom de contrat d'accès aux soins (CAS). Il s'agit d'un contrat conclu entre l'assurance maladie et les médecins qui le souhaitent. L'adhésion à l'OPTAM ouvre droit à un meilleur remboursement de la Sécurité sociale pour les assurés et à des charges moindres pour les médecins. Les médecins signataires s'engagent à ce que leurs tarifs ne dépassent pas un taux moyen fixé annuellement, qui est au maximum de 100 % de la base de la Sécurité sociale. L'information est disponible sur le site ameli-direct.ameli.fr.

FRANCHISES MÉDICALES

Elles constituent des sommes restant obligatoirement à charge des assurés sociaux dans la limite de 50 € par personne et par an. Ce dispositif est entré à vigueur à compter du 1er janvier 2008 et vise à financer le plan Alzheimer du gouvernement. Les franchises s'appliquent sur les boîtes de médicaments (0,50 € par boîte), les actes paramédicaux (0,50 € par acte le tout plafonné à 2 € par jour et par professionnel de santé) et les transports sanitaires (2 € par acte, le tout plafonné à 4 € par jour).

PMSS : PLAFOND MENSUEL SÉCURITÉ SOCIALE

Le plafond mensuel de la Sécurité sociale vaut 3428 € en 2020

LIMITATION À UNE PAIRE DE LUNETTES

Tous les deux ans ou par an en cas d'évolution de la prescription de l'ophtalmologiste ou pour les enfants de moins de 16 ans (s'apprécie à la date de premier achat de l'équipement). La limitation est ramenée à un équipement tous les 6 mois pour un enfant de 0 à 6 ans sous conditions.

LIMITATION APPAREILLAGE AUDITIF

La prise en charge d'une aide auditive est limitée à un équipement par oreille par période de 4 ans (s'apprécie à la date de premier achat de l'équipement).

PLV : PRIX LIMITE DE VENTE

Le prix limite de vente d'un dispositif médical (optique, audiologie) correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

HLF : HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION

Principe similaire au PLV. L'honoraire limite de facturation concerne les prothèses dentaires et correspond au prix maximum de vente. Plusieurs honoraires différents s'appliquent à la fois selon la position et le matériau de la prothèse ainsi que selon le panier de soins (panier 100 % Santé, panier libre prévu au contrat...).

PROTHÈSES À TARIFS LIBRES

Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale.

RO : RÉGIME OBLIGATOIRE

Le régime obligatoire de l'Assurance Maladie est le régime légal auquel est soumis un assuré. Tous les résidents français doivent impérativement être affiliés à un régime d'assurance maladie et maternité. Cette affiliation garantie à chacun le remboursement d'une partie de ses dépenses de santé selon des règles précises (parcours de soins, bases de remboursement, etc.).

ACTES DE PREVENTION (en application de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale)

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième 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.
- Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- 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 :
 - > Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - > Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - > Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - > Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - > Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- 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.
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges / Coqueluche : avant 14 ans / Hépatite B : avant 14 ans / BCG : avant 6 ans / Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant / Haemophilus influenzae B / Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

■ BESOIN D'INFORMATION ?



Accueil téléphonique 24h/24 & 7j/7

- **Une équipe d'experts Génération Accueil*** à votre écoute du lundi au vendredi (8h30/17h30)
- **G-Well, notre nouvel assistant virtuel** disponible le soir, le week-end et les jours fériés.

0 820 904 904 Service 0,12 € / min
+ prix appel

02 98 51 38 00 Appel non surtaxé

*service accessible aux personnes sourdes et malentendantes via l'appli **QCCCO**



Site web & appli mobile

De nombreux services en ligne accessibles sur l'**appli mobile** Génération ou sur le **site web** www.generation.fr



Adresse postale

Génération
29080 QUIMPER Cedex 9



Chaîne vidéo

Des tutos pour vous permettre de gagner du temps pour vos remboursements, vous guider dans vos démarches... sur la chaîne **YouTube**
www.youtube.com/c/GenerationTV

VERLINGUE

COURTIER EN ASSURANCES

Verlingue, Courtier en assurances SAS au capital de 2 200 294 € - Siège social : 12 rue de Kerogan - CS 44012 - 29335 QUIMPER cedex - Code NAF/APE 6622Z - Siren 440 315 943 RCS QUIMPER N° Orias : 07 000 840 www.orias.fr
N° de TVA intracommunautaire FR 95 440 315 943 - Relevant du contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4, place de Budapest CS 92459 75436 PARIS cedex 09 www.acpr.banque-france.fr [11.18]

Génération

SAS au capital de 102 766,40 € - siège social : 12 bis rue de Kerogan 29080 QUIMPER Cedex 9 - RCS Quimper B 410 069 066 - Code APE : 6622 Z - N° de TVA Intracommunautaire : FR 54 410 069 066
N° Orias : 07 000 842 / www.orias.fr / Sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 place de Budapest - CS 92456 - 75436 PARIS Cedex 09