

Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud-Alsace

Commission d'Action Sociale

Vos régimes Frais de santé au 1^{er} janvier 2024

Régime des Actifs



L'essentiel de vos garanties Frais de santé

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

Ce document est destiné à vous informer des dispositions pratiques de votre régime.

Avec votre courtier



Géré par



Assuré par



Avec le réseau de soins



Pourquoi souscrire au régime complémentaire santé du GHRMSA ?

› Des régimes performants conçus pour vous et votre famille et adaptés à vos besoins de santé

Vous disposez de plusieurs niveaux de garanties au choix :

Option Jeunes
Des garanties calibrées pour les agents ayant - 30 ans à un tarif compétitif

ou

Option Confort
Un régime permettant une prise en charge de vos soins et notamment des dépassements d'honoraires

ou

Option Confort + Surcomplémentaire
Un complément de garanties important sur les postes les plus coûteux (Hospitalisation, Optique et Dentaire) et limités par la réglementation (Non Optam*, monture)



Je peux adhérer ou opter pour un régime supérieur :

- Pour les nouveaux agents : à la date d'embauche
- Pour les agents déjà présents aux effectifs :
 - * Lors d'un changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce...) : le 1^{er} jour du mois civil suivant
 - * En cas de couverture individuelle par ailleurs : le 1^{er} jour du mois civil suivant l'échéance annuelle de cette couverture individuelle

Sous réserve d'en faire la demande au service RH dans les 2 mois suivant l'évènement

- * Tous les 2 ans, au 1^{er} janvier de chaque année paire (au plus tôt le 1^{er} janvier 2024), sous réserve d'en faire la demande 2 mois avant cette date

Je peux résilier mon affiliation ou opter pour un régime inférieur :

- Après 1 an d'adhésion : à tout moment
- Sous réserve d'en faire la demande au moins 1 mois avant l'échéance
- Dès lors, il ne me sera cependant pas possible d'opter à nouveau pour un régime supérieur avant un délai de 2 ans

- Avant 1 an d'adhésion : au 31/12 de l'année en cours
- Sous réserve d'en faire la demande moyennant un préavis de 2 mois
- Dès lors, il ne me sera cependant pas possible d'opter à nouveau pour un régime supérieur avant un délai de 2 ans

Sur demande écrite de l'assuré adressée à la Commission d'Action Sociale

- Sans condition d'ancienneté d'adhésion :
 - À la date à laquelle je quitte l'établissement
 - À la date à laquelle je cesse de bénéficier d'un régime de Sécurité sociale
 - À la date de suspension du contrat de travail (sauf demande de maintien des garanties)
 - À la date de départ à la retraite (sauf demande de maintien des garanties)

› Un maintien possible des garanties du régime au profit

- Des agents retraités et de leurs familles
- Des agents en congé parental (pendant la durée du congé)
- Des agents en disponibilité (pendant six mois maximum)

› Une qualité de service pour vous faciliter le quotidien

- Vous n'avancez pas d'argent : en présentant votre attestation de tiers-payant aux praticiens partenaires (liste consultable sur le site www.generation.fr), vous évitez de faire l'avance de frais pour les dépenses engagées
- Vous suivez vos remboursements en temps réel par internet et vous pouvez être prévenu par mail ou SMS dès qu'un remboursement a été effectué
- Une équipe de conseillers est à votre écoute pour vous accompagner, vous conseiller, vous aider à optimiser vos devis dentaires et optiques
- Vous bénéficiez de services spécifiques en Optique, Dentaire et Audiologie via le réseau de soins Santéclair

› Des tarifs négociés et des formalités simplifiées

- Pas de formalité médicale, ni de questionnaire de santé
- Des tarifs préférentiels réservés aux agents du GHRMSA
- Les cotisations sont présentées participation de la CAS déduite

Cotisations à partir du 1 ^{er} janvier 2024			
Régimes	Structures	Local	Général
Option Jeunes (- 30 ans)	 Isolé	16,00 €	22,50 €
	 Isolé avec enfants	35,50 €	51,00 €
Option Confort	 Isolé	67,50 €	
	 Isolé avec enfants	115,50 €	
	 Couple sans enfant	126,50 €	
	 Couple avec enfants	136,50 €	
Option Confort + Surcomplémentaire	 Isolé	114,00 €	
	 Isolé avec enfants	189,50 €	
	 Couple sans enfant	204,00 €	
	 Couple avec enfants	227,50 €	

* L'Optam est 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 ne pas faire dépasser leurs tarifs au-delà d'un taux moyen fixé annuellement, qui est au maximum de 100 % de la base de la Sécurité sociale.



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. 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.

Les praticiens devront obligatoirement proposer un devis « 100 % Santé ».

Quels sont les avantages du réseau de soins **SANTÉCLAIR** ?

Si vous choisissez un équipement 100 % Santé (classe A), vous n'avez pas de reste à charge (que votre opticien soit partenaire Santéclair ou non).

Hors 100 % Santé (classe B) : en choisissant de vous rendre chez un opticien partenaire, vous bénéficiez d'équipements de qualité à des prix maîtrisés et des services associés :

› Tarifs négociés

- Des équipements de qualité à prix maîtrisés :
 - 0 € de reste à charge sur vos verres sur la base d'un équipement prédéfini (Zeiss, Seiko, Essilor)
 - Jusqu'à - 20 % sur les montures et - 15 % sur tous les autres produits (solaires, produits lentilles, accessoires...)
- Des tarifs négociés pour les lentilles

› Services

- Garantie sans franchise, casse (2 ans pour la monture et les verres) et déchirure (3 mois pour les lentilles traditionnelles)
- Examen annuel de la vue et entretien de votre équipement offerts
- Engagement à bénéficier de prix négociés sur la 2^{ème} paire de lunette

› Tiers-payant

› Qualité et traçabilité des produits

→ Retrouvez les coordonnées des opticiens Santéclair les plus proches de chez vous :

- Site www.generation.fr ou application mobile Génération  
 - Géolocaliser les professionnels de santé partenaires
 - Accueil téléphonique 24/24 et 7/7 02 98 51 38 00*
ou en contactant Santéclair au **0 810 000 047** Service 0,05 € / appel + prix appel
- *(tarif local) | service accessible aux personnes sourdes et malentendantes via l'appli 

→ Présentez au praticien votre attestation Tiers-Payant Santé Génération et demandez à bénéficier des avantages Santéclair qui vous sont réservés



Qui bénéficie du régime ?

En tant qu'agent du GHRMSA, vous pouvez adhérer à ce régime. Peuvent également en bénéficier :

- Votre conjoint non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle
- Votre partenaire lié par un Pacs : personne liée à vous par un Pacs, exerçant ou non une activité professionnelle
- Votre concubin : personne vivant en concubinage avec vous, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où :
 - Vous partagez le même domicile et êtes libres de tout autre lien de même nature
 - Vous signez une déclaration sur l'honneur avec votre concubin certifiant que votre concubinage est notoire et reprenant vos numéros de Sécurité sociale
- Vos enfants à charge ou ceux de votre conjoint, partenaire ou concubin :
 - Âgé de moins de 28 ans, n'exerçant aucune activité professionnelle autre que temporaire ou accessoire. L'enfant âgé de 21 ans ou plus devra justifier de la poursuite d'études par tout moyen probant, notamment un certificat de scolarité ou une carte d'étudiant en cours de validité, au titre de l'année concernée. S'il ne se trouve pas sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le code du travail ou s'il ne peut justifier de la poursuite d'études, il devra être à la charge de votre foyer fiscal ou de celle de votre concubin en raison de sa prise en compte dans le quotient familial au titre de l'impôt sur le revenu
 - Quel que soit son âge, s'il est atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoit l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés. La personne handicapée qui remplit les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais à laquelle celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources peut être garantie

Les régimes de garanties détaillés (dans la limite des frais réels)

Lexique

- La base de remboursement (BR) est le tarif dont tient compte la Sécurité sociale pour établir ses remboursements en secteur conventionné. La BR n'est pas reconstituée si les frais sont engagés en secteur non conventionné
- Le remboursement du Régime Obligatoire (RO) est le produit de la base de remboursement et du taux de remboursement
- Le ticket modérateur (TM) est la différence entre la base de remboursement et le montant effectivement remboursé par la Sécurité sociale (TM = BR – RSS)
- Les frais réels (FR) correspondent aux montants facturés
- Le plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) est estimé à 3 864 € en 2024
- Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) ont pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés de secteur 2. Ce dispositif remplace le contrat d'accès aux soins (CAS). L'adhésion à l'DPTAM ouvre droit à un meilleur remboursement de la Sécurité sociale pour les assurés et à des charges moindres pour les médecins. L'information est disponible sur le site ameli-direct.ameli.fr
- Les franchises médicales 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 1^{er} 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).
- La participation forfaitaire de 24 € est à la charge de l'assuré et 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.

		Option Jeunes (- 30 ans) en complément de la Sécurité sociale
HOSPITALISATION (y compris maternité)		
Honoraires		
- Médecin adhérent à un DPTAM		100 % du TM + 20 % de la BR
- Médecin non adhérent à un DPTAM		100 % du TM
Forfait journalier hospitalier		100 % des frais réels
Frais de séjour		
- Conventionné		100 % des frais réels
Chambre particulière		73 € par jour (tarif appliqué au GHRMSA)
SOINS COURANTS (y compris maternité)		
Honoraires médicaux		Plafond de 100 € / an (TM au-delà)
- Adhérent à un DPTAM		100 % du TM + 75 % de la BR
- Non adhérent à un DPTAM		100 % du TM + 55 % de la BR
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux, kinésithérapeutes...)		100 % du TM
Analyses et examens de laboratoire		100 % du TM
Médicaments : pharmacie prescrite prise en charge par le RO		100 % du TM (sauf pharmacie à 15 %)
Matériel médical : appareillage (hors optique, dentaire et aides auditives)		100 % du TM
Radiologie		
- Adhérent à un DPTAM		100 % du TM + 20 % de la BR
- Non adhérent à un DPTAM		100 % du TM
Actes de spécialités (petite chirurgie)		
- Adhérent à un DPTAM		100 % du TM + 20 % de la BR
- Non adhérent à un DPTAM		100 % du TM
Frais de transport pris en charge par le RO		100 % du TM
AIDES AUDITIVES		
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans dans la limite de 1 700 € par oreille (y compris RO)		
Équipements 100 % Santé *		Prise en charge intégrale dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
Équipements hors 100 % Santé * par oreille		100 % du TM

OPTIQUE (bénéfice du réseau **SANTÉCLAIR**)

Prise en charge d'un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 2 ans pour les adultes et enfants ≥16 ans (sauf cas de renouvellements anticipés dont évolution définie de la vue, par période d'un an pour les enfants - 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants ≤ 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)

Équipements 100 % Santé * (y compris prestation d'appairage)	Prise en charge intégrale dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
Équipements hors 100 % Santé * (dont maximum de 100 € pour la monture y compris RO) - Prestation d'adaptation (par équipement) - Monture - Verres simples - Verres complexes Lentilles correctrices prescrites prises en charge ou non par le RO	100 % du TM 45 € (TM inclus)] Forfait global de 200 € (TM inclus) pour les verres et les lentilles sur 2 ans Lentilles remboursées par la Sécurité sociale : prise en charge du TM au-delà du plafond

DENTAIRE

Soins et prothèses 100 % Santé remboursées par la Sécurité sociale	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)
Soins et prothèses hors 100 % Santé * - Soins - Prothèses - Prises en charge par le RO ** - Non prises en charge par le RO - Mobiles - Provisoires - Implantologie (pose de l'implant racine + phase préparatoire / Faux moignon implantaire) [base = 107,50 €] - Orthodontie - Prise en charge par le RO - Non prise en charge par le RO	100 % du TM] 100 % du TM + 75 % du dépassement avec un plafond (hors TM) de 500 € sur 2 ans Autres actes remboursés au-delà du plafond : prise en charge du TM + 25 % BR

AUTRES DÉPENSES

Cures thermales prises en charge par le RO	100 % du TM
--	-------------

PRÉVENTION

Actes de prévention***	Dans la limite du poste concerné (minimum le TM)
Traitement nicotinique de substitution	50 € par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie	100 % du TM + 30 € par an et par bénéficiaire
Vaccin (coqueluche)	100 % du TM

SERVICES

Assistance	Accordée
Téléconsultation médicale	Accordée

Option Confort en complément de la Sécurité sociale	Surcomplémentaire en complément de la Sécurité sociale et du régime Confort
--	---

HOSPITALISATION (y compris maternité)

Honoraires		
- Médecin adhérent à un DPTAM	100 % du TM + 100 % de la BR	+ 400 % de la BR
- Médecin non adhérent à un DPTAM	100 % du TM + 80 % de la BR	+ 400 % de la BR
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels	
Frais de séjour		
- Conventionné	100 % des frais réels	
- Non conventionné	100 % des frais réels	
Chambre particulière	73 € par jour (tarif appliqué au GHRMSA)	+ 10 € par jour
Lit d'accompagnant (enfant - 12 ans)	100 % des frais réels	

SOINS COURANTS (y compris maternité)

Honoraires médicaux		
- Adhérent à un DPTAM	100 % du TM + 85 % de la BR	+ 400 % de la BR
- Non adhérent à un DPTAM	100 % du TM + 65 % de la BR	+ 400 % de la BR
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux, kinésithérapeutes...)	100 % du TM	+ 400 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % du TM	+ 400 % de la BR
Médicaments : pharmacie prescrite prise en charge par le RO	100 % du TM (sauf pharmacie à 15 %)	
Matériel médical		
- Appareillage (hors optique, dentaire et aides auditives)	100 % du TM + 75 % du dépassement (avec un plafond de 1 500 € sur 2 ans, hors TM, pour les aides auditives et l'appareillage)	
Radiologie		
- Adhérent à un DPTAM	100 % du TM + 85 % de la BR	+ 400 % de la BR
- Non adhérent à un DPTAM	100 % du TM + 65 % de la BR	+ 400 % de la BR
Actes de spécialités (petite chirurgie)		
- Adhérent à un DPTAM	100 % du TM + 85 % de la BR	+ 400 % de la BR
- Non adhérent à un DPTAM	100 % du TM + 65 % de la BR	+ 400 % de la BR
Frais de transport pris en charge par le RO	100 % du TM	
Traitement chimiothérapie y compris prothèses, petit matériel...	100 % des frais réels	

AIDES AUDITIVES

Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans dans la limite de 1 700 € par oreille (y compris RO)

Équipements 100 % Santé *	Prise en charge intégrale dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV)	
Équipements hors 100 % Santé *	100 % du TM + 75 % du dépassement (avec un plafond de 1 500 € sur 2 ans, hors TM, pour les aides auditives et l'appareillage)	

OPTIQUE (bénéfice du réseau **SANTÉCLAIR)**

Prise en charge d'un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 2 ans pour les adultes et enfants ≥16 ans (sauf cas de renouvellements anticipés dont évolution définie de la vue, par période d'un an pour les enfants - 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants ≤ 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)

Équipements 100 % Santé * (y compris prestation d'appairage)	Prise en charge intégrale dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Équipements hors 100 % Santé * (dont maximum de 100 € pour la monture y compris RO)		
- Monture		
- Verres	Voir pack Confort Santéclair en page 8	Voir pack Confort Santéclair en page 8
- Prestation d'adaptation (par équipement)		
Lentilles correctrices prescrites prises en charge ou non par le RO	150 € par an et par bénéficiaire	+ 150 € par an et par bénéficiaire
Opération de la myopie	75 % du dépassement limité à 460 € par an	100 % du dépassement limité à 140 € par an

Option Confort en complément de la Sécurité sociale	Surcomplémentaire en complément de la Sécurité sociale et du régime Confort
--	---

DENTAIRE		
Soins et prothèses 100 % Santé remboursées par la Sécurité sociale	Prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)	
Soins et prothèses hors 100 % Santé * - Soins - Prothèses - Prises en charge par le RO ** - Non prises en charge par le RO - Mobiles - Provisoires - Implantologie (pose de l'implant racine + phase préparatoire / Faux moignon implantaire) [base = 107,50 €] - Orthodontie - Prise en charge par le RO - Non prise en charge par le RO	100 % du TM + 75 % du dépassement (avec un plafond de 1 400 € sur 2 ans, hors TM) Prise en charge du TM pour les soins dentaires remboursés au-delà du plafond Prise en charge du TM + 25 % de la BR pour les autres actes remboursés au-delà du plafond	+ 600 € sur 2 ans
AUTRES DÉPENSES		
Primes - Naissance		200 €
Cures thermales prises en charge par le RO - Frais supplémentaires d'hébergement et de transport	100 % du TM 300 € par an et par bénéficiaire	
PRÉVENTION		
Actes de prévention***	Dans la limite du poste concerné (minimum le TM)	
Traitement nicotinique de substitution	50 € par an et par bénéficiaire	
Ostéodensitométrie	100 % du TM + 30 € par an et par bénéficiaire	
Vaccin (coqueluche)	100 % du TM	
Détartrage annuel sus et sous gingival	100 % du TM	
Pack Prévention Santé - Ostéopathie, Chiropraxie et Acupuncture - Homéopathie et médicaments non Remboursés par la Sécurité sociale - Diététique - Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale (exclus fièvre jaune, l'encéphalite japonaise et fièvre typhoïde) - Stop tabac - Contraception ≥15 ans - Orthèse anti-ronflement (d'avancée mandibulaire) - Thérapies corporelles (Micro-kinésithérapie ou Méthode Mézières ou Reconstruction posturale)		120 € par an et par bénéficiaire
SERVICES		
Assistance	Accordée	
Téléconsultation médicale	Accordée	

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

** 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).

*** La prévention (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.
- 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).
- 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.
- 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.



	Niveau de défaut visuel	Dans le réseau Santéclair** sur le catalogue de tous les verres des 4 verriers de marque sélectionnés par Santéclair	Hors réseau Santéclair** garantie par verre (RO inclus)	
Verre unifocal classe B	Niveau 101 - verre simple	0 € de reste à charge sur tous les verres et traitements sauf teinte et photochromie	60 €	
	Niveau 102 - verre simple		85 €	
	Niveau 103 - verre complexe		110 €	
	Niveau 104 - verre complexe		190 €	
Verre multifocal classe B	Niveau 111 - verre complexe		150 €	
	Niveau 112 - verre complexe		190 €	
	Niveau 113 - verre très complexe		230 €	
	Niveau 114 - verre très complexe		280 €	
Monture classe B (RO inclus)	70 € (+ 70 € avec la surcomplémentaire)			
Prestations d'adaptation, filtres et suppléments optiques	0 € de reste à charge		100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale	
	La classe A dans le réseau Santéclair		La classe A hors réseau	
Prise en charge intégrale de l'équipement 100 % Santé (classe A) : 2 verres + 1 monture	Offreclair = équipement avec : 1 monture Origine France Garantie (choix de 80 montures) + 2 verres de marques amincis (selon le besoin de correction visuelle) anti-rayures et anti-reflets disponible chez tous les opticiens partenaire		Équipement au choix de l'opticien (choix de 54 montures)	

Défauts visuels Santéclair



	Puissance	Niveau Santéclair	Correspondance niveau ANI et contrat responsable
Verre unifocal Adulte et enfant	Sphère de - 4 à + 4 ■ Cylindre de 0 à + 2	Niveau 101	Simple
	Sphère de - 6 à - 4,25 ■ Cylindre de 0 à + 2	Niveau 102	
	Sphère de - 6 à - 0,25 ■ Cylindre de + 2,25 à + 4		
	Sphère de + 4,25 à + 6 ■ Cylindre de 0 à + 2 ■ Sphère et cylindre ≤ 6		
	Sphère de 0 à + 4 ■ Cylindre de + 2,25 à + 6 ■ Sphère et cylindre ≤ 6	Niveau 103	Complexe
	Sphère de - 8 à - 6,25 ■ Cylindre de 0 à + 4		
	Sphère de - 8 à 0 ■ Cylindre ≥ 4,25		
	Sphère de 0 à + 8 ■ Sphère et cylindre > 6		
Sphère hors zone de - 8,25 à + 8,25 ■ Tout cylindre	Niveau 104		
Verre multifocal Adulte et enfant	Sphère de - 4 à + 4 ■ Cylindre de 0 à + 2	Niveau 111	Complexe
	Sphère de - 8 à - 4,25 ■ Cylindre de 0 à + 2	Niveau 112*	
	Sphère de - 8 à - 0,25 ■ Cylindre de + 2,25 à + 4		
	Sphère de + 4,25 à + 8 ■ Cylindre de 0 à 2 ■ Sphère et cylindre ≤ 8		
	Sphère de 0 à + 5,75 ■ Cylindre de + 2,25 à + 8 ■ Sphère et cylindre ≤ 8	Niveau 113	Très complexe
	Sphère de - 8 à 0 ■ Cylindre ≥ 4,25		
	Sphère de 0 à + 8 ■ Sphère et cylindre > 8		
	Sphère hors zone de - 8,25 à + 8,25 ■ Tout cylindre		

* Les plages de sphères de ± 4,25 à ± 8 avec cylindre = 0 et cylindres de + 4,25 à + 8 avec sphère = 0 sont des verres très complexes considérés comme complexes dans les remboursements
 ** Dans la limite des planchers prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret 2019-65 du 31 janvier 2019) et des plafonds prévus par le contrat responsable (décret 2019-21 du 11 janvier 2019), en fonction des corrections visuelles.

Limites de consommation :

- Adulte à partir de 16 ans : 1 équipement tous les 2 ans (sauf dérogation)
- Enfant : 1 équipement par an, ramené à 6 mois pour les enfants de 0 à 6 ans sous conditions

Les exemples de remboursement (information non contractuelle)

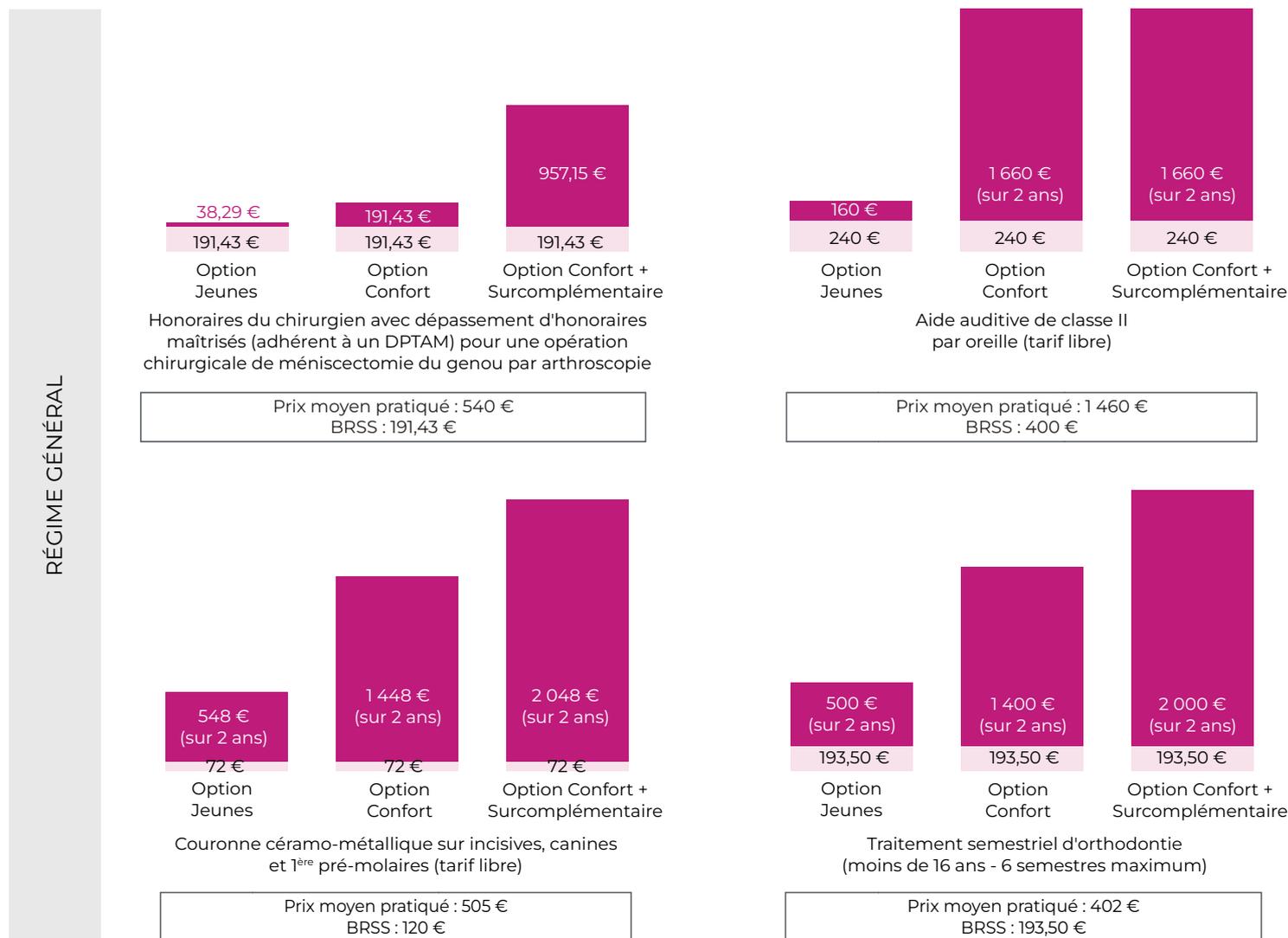
Vos remboursements de soins se décomposent, selon votre dépense réelle, entre :

- > 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



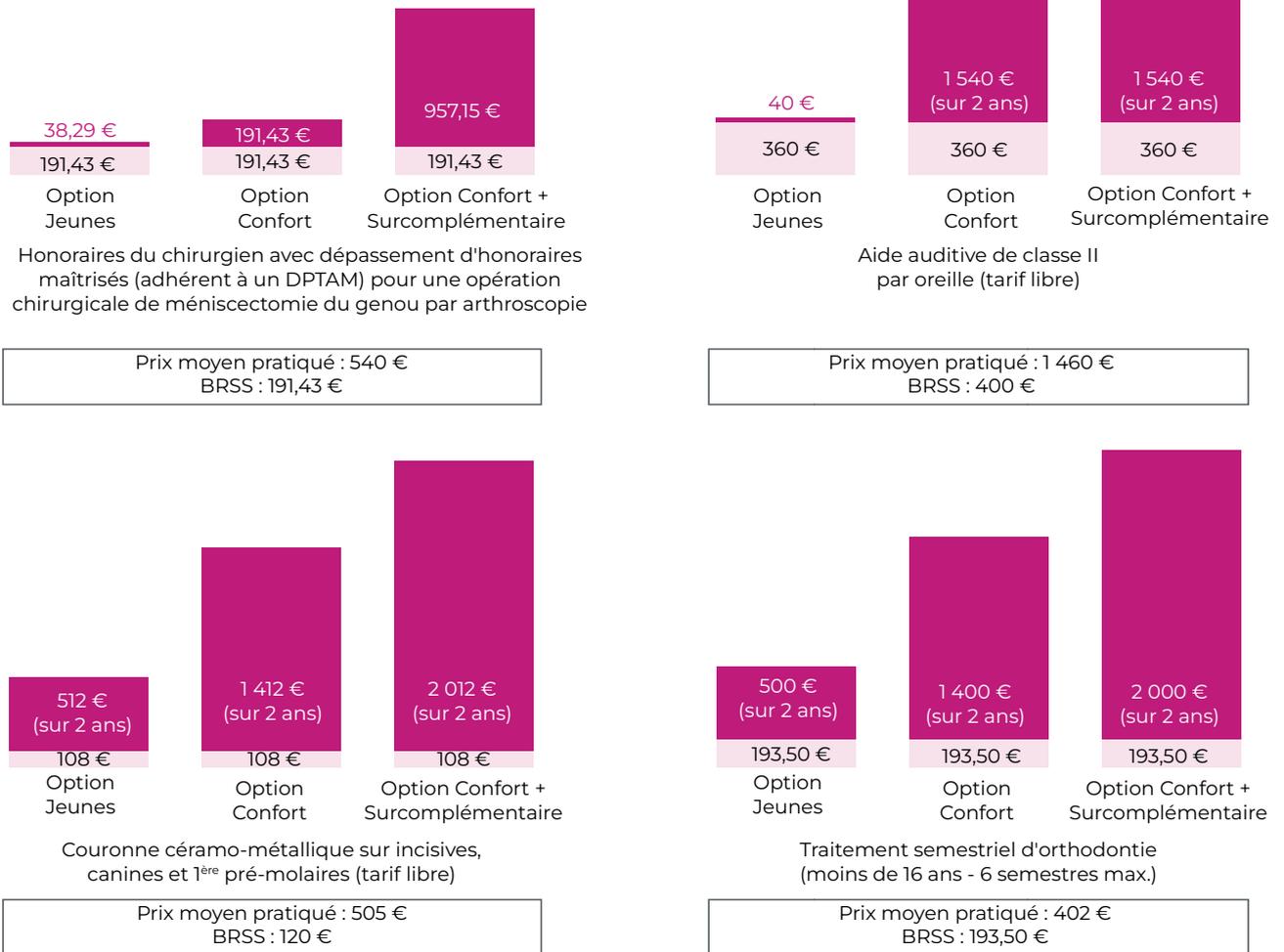
* À noter que les dépassements d'honoraires figurant dans ce schéma n'existent pas systématiquement. Dans ce cas, la dépense réelle est alors égale à la base de remboursement.

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.



■ Remboursement de la Sécurité sociale

■ Remboursement maximum complémentaire (Mutuelle)



■ Remboursement de la Sécurité sociale

■ Remboursement maximum complémentaire (Mutuelle)

Comment être remboursé pour mes dépenses de santé ?

Cas général

Votre bordereau de Sécurité sociale porte le message « décompte transmis à votre organisme complémentaire »

Vous bénéficiez du service Noémie (télétransmission de vos décomptes Sécurité sociale vers Génération). Génération calcule vos remboursements au jour le jour et vous règle par virement bancaire.

Cas particulier

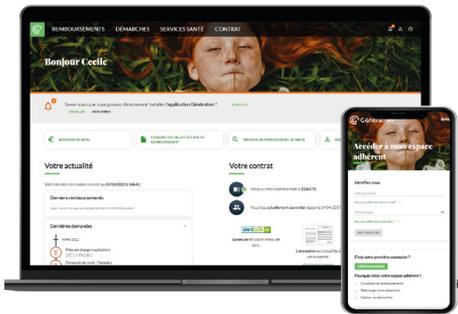
Votre bordereau de Sécurité sociale ne comporte pas le message « décompte transmis à votre organisme complémentaire » (hospitalisation, dentaire, soins non remboursés par la Sécurité sociale...)

Vous devez adresser à Génération le bordereau de Sécurité sociale, l'original de la facture acquittée...

Comment utiliser les services de Génération ?

SITE WWW.GENERATION.FR ET/OU APPLI MOBILE GÉNÉRATION

- Identification par empreinte digitale
- Accès à votre carte de tiers-payant ①
- Attestation digitale
- Géolocalisation des professionnels de santé
- Simulateur de remboursement
- Demande de prise en charge hospitalière
- Accès à l'espace Prévention et Bien-être
- Mise à jour des données personnelles
- Double rattachement Sécurité sociale
- Gestion multi-RIB
- Envoi de vos justificatifs (ordonnances, factures...) ou réponse à un devis dentaire via l'appareil photo de votre smartphone / tablette ②
- Mise en relation avec un conseiller
- Utilisation offline
- Devis en ligne
- ...



Comment utiliser les autres services dont je bénéficie ?

GAN ASSISTANCE SANTÉ

- > Mail : oquotidien@mutuaide.fr
- > Tél. : 01 55 98 58 76

En précisant que le contrat est géré par Génération et le numéro de protocole : 7759

LA TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE **médecindirect**

Vous avez un problème de santé de médecine générale et n'arrivez pas à joindre votre médecin traitant ?

- > Connectez-vous sur l'espace Prévention de votre rubrique « Services en ligne » de votre espace personnel Génération
- > Cliquez sur le lien pour consulter le flyer qui vous détaille le fonctionnement du service et le code d'accès (code unique annuel propre à votre employeur à utiliser sur le site MedecinDirect.fr lors de la création de votre compte)



Consultez un médecin généraliste ou spécialiste sans vous déplacer (24h/24 et 7j/7)



Dialoguez par écrit, téléphone ou vidéo où que vous soyez (vous posez votre question par écrit et choisissez quand et comment être recontacté)



Obtenez un avis, un conseil, voire un diagnostic accompagné d'une ordonnance



Pas de frais à avancer, service pris en charge à 100 % par nos partenaires

Génération

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

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

Adresse postale

Génération
29080 QUIMPER Cedex 9

Génération TV

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



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 concerné pour en connaître les clauses et conditions

Verlingue, Courtier en assurances SAS au capital de 2 606 916 € 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 <https://acpr.banque-france.fr> [12.20]