

L'essentiel de vos garanties Frais de santé 2024

GROUPE ORPEA - CLINEA



Cadres



| 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

- o Vous-même, assuré social, salarié de l'entreprise, ainsi que votre enfant à charge, à savoir :
 - les enfants de moins de 18 ans à votre charge ou à celle de votre conjoint ou concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension,
 - vos enfants, ou ceux de votre conjoint ou de votre concubin, jusqu'à la fin du trimestre civil de leur 28e anniversaire :
 - s'ils sont scolarisés ou étudiants,
 - s'ils suivent une formation sous contrat en alternance,
 - s'ils sont inscrits au Pôle Emploi et à la recherche d'un premier emploi depuis moins d'un an ;
 - quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes à charge au sens de la législation fiscale (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que vous êtes autorisé à déduire de votre revenu imposable ;

Et si vous en faites la demande, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante :

- o Votre conjoint, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un Pacte civil de solidarité;
- o Vos ascendants à votre charge au sens de la législation fiscale.

À tout moment, il peut vous être demandé d'adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire des personnes couvertes par votre adhésion (avis d'imposition par exemple).



| 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 la surcomplémentaire "Renfort" ou la surcomplémentaire "Plus".

Le régime retenu s'applique dans tous les cas obligatoirement à tous les bénéficiaires.

Vous pouvez modifier votre choix :

- À chaque 1er janvier sous réserve d'en faire la demande avant le 30 novembre
- À tout moment, en cas de changement de situation de famille, sous réserve d'en faire la demande dans le mois qui suit l'évènement ; le changement de régime prend alors effet le 1er jour du mois suivant l'évènement.

Le changement de régime peut se faire à la hausse ou à la baisse.

Si vous êtes affilié au régime de base, vous avez la possibilité d'opter pour une surcomplémentaire pour une durée minimale de 1 an.

En cas de résiliation, vous ne pourrez revenir sur une surcomplémentaire qu'au-delà d'un délai de 3 ans (sauf modification de la situation de famille).

Votre tableau de garanties

Les prestations garanties par votre régime de base incluent celles versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels. Les prestations de la surcomplémentaire incluent celles versées par la Sécurité sociale et celles du régime de base, dans la limite des frais réels.

GARANTIES	Régime de base	Surcomplémentaire "Renfort"	Surcomplémentaire "Plus"
Hospitalisation - Hospitalisation - [y compris maternité / Hors maternité]			
Médecin - adhérent à un DPTAM	350% BR - RSS		550% BR
Médecin - non adhérent DPTAM	100% TM + 100% BR	500% BR	550% BR
Frais de séjour - en secteur conventionné	350% BR - RSS		550% BR
Frais de séjour - en secteur non conventionné	350% BR - RSS		550% BR
Chambre particulière	5% PMSS par jour		6% PMSS par jour
Lit d'accompagnant (enfant - 16ans)	1.5% par jour		
Forfait journalier hospitalier	100% FR		
Forfait Patient Urgence (FPU)	100% FR		
Frais de transport	250% BR - RSS		350% BR

Soins Courants - Soins Courants - [y compris maternité / hors maternité]			
Généraliste - adhérent DPTAM	250% BR-RSS		350% BR
Généraliste - non adhérent DPTAM	100% TM + 100% BR	350% BR	350% BR
Spécialiste - adhérent DPTAM	350% BR-RSS		450% BR
Spécialiste - non adhérent DPTAM	100% TM + 100% BR	400% BR	450% BR
Actes de spécialités - adhérent DPTAM	350% BR-RSS		450% BR
Actes de spécialités - non adhérent DPTAM	100% TM + 100% BR	400% BR	450% BR
Radiologie - adhérent DPTAM	250% BR-RSS		350% BR
Radiologie - non adhérent DPTAM	100% TM + 100% BR		350% BR
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...)	250% BR-RSS		350% BR
Analyses et examens de laboratoire	250% BR-RSS		350% BR
Pharmacie prescrite remboursée par le RO	100% TM		
Vaccin anti-grippe non remboursé par le RO	100% FR par an		
Appareillage (hors optique, dentaire et aides auditives)	350% BR-RSS		450% BR
Médecine douce (Ostéopathe, Chiropracteur, pédicurie, psychomotricité)			30€ par séance limité à 3 par an

Votre tableau de garanties

Aides auditives - Aides auditives - Un équipement par oreille, tous les 4 ans(à compter de la date d'achat)

Equipements 100 % Santé [1]	remboursement intégral		
Equipements hors 100 % Santé	350% BR-RSS		450% BR
Accessoires remboursé par le RO	100% BR-RSS		

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

Equipement 100% Santé [1]	remboursement intégral		
Monture	100€	50€	100€
Verres	Voir grille optique		
Forfait supplémentaire - Verres unifocaux			+2% PMSS
Forfait supplémentaire - Verres multifocaux			+7% PMSS
Lentilles remboursées par le RO	10% PMSS (au-delà 100% BR)		
Lentilles non remboursées par le RO	10% PMSS		
Prestation d'adaptation	100% BR-RSS par équipement		
Chirurgie myopie, astigmatie, presbytie, hypermétropie - Adultes + 25 ans et - 40 ans	20% PMSS par œil		5% PMSS par œil

Dentaire - Dentaire

Soins et prothèses 100% Santé [1]	remboursement intégral		
Soins	300% BR-RSS		
Inlays / Onlays	300% BR-RSS		
Prothèses : sur incisives, canines, prémolaires	520% BR-RSS		620% BR
Prothèses : sur molaires	520% BR-RSS		620% BR
Prothèse sur dent saine, couronne toute céramique, pilier de bridge sur dent saine	520% BR - RSS		
Inlay Core appareil amovible, couronne y compris sur implant	520% BR-RSS		620% BR
Orthodontie remboursée par le RO	500% BR - RSS		
Prothèse provisoire, couronne sur implant non remboursés par le RO	400% BRR sur la base d'une BR à 107,50€		
Forfait supplémentaire pour actes dentaires non remboursés par le RO			50€par an
Implantologie (pose de l'implant racine, phase préparatoire/faux moignon implantaire)			15% PMSS
Parodontie			10% PMSS par an

Votre tableau de garanties

Autres dépenses - Autres dépenses

Forfait Maternité (doublée en cas de naissance multiple)	15% PMSS
----------------------------------------------------------	----------

Cures thermales prises en charge par le RO (y compris hospitalisation) :	30% PMSS
--------------------------------------------------------------------------	----------

Prévention - Prévention

Actes de prévention	L'ensemble des actes de prévention prévu à l'article " R871-2 du code de la Sécurité sociale " est pris en charge au titre du contrat, dans les limites des garanties concernées avec au minimum le ticket modérateur
---------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Services - Services

Soutien psychologique	09 69 32 03 83 (lundi - vendredi 09h - 18h)
-----------------------	---------------------------------------------

[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

FR : FRAIS RÉELS

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

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.

RSS : REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Montant remboursé par la Sécurité sociale (base de remboursement x taux de remboursement défini pour chaque acte médical).

PMSS : PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

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])

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				
[1]	Adulte	100	120	140	220	220	230	300	320
	Enfant	100	120	140	220	220	230	300	320

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] - Santéclair_Opt Premium(1) -



| 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



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	TARIF MOYEN CONSTATÉ Panel Verlingue France									
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 "Renfort"</td> <td>191,43 €</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Surcomplémentaire "Plus"</td> <td>191,43 €</td> <td></td> </tr> </table>	Régime de base	191,43 €	670,01 €	Surcomplémentaire "Renfort"	191,43 €		Surcomplémentaire "Plus"	191,43 €		540 €
Régime de base	191,43 €	670,01 €									
Surcomplémentaire "Renfort"	191,43 €										
Surcomplémentaire "Plus"	191,43 €										
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>967,50 €</td> </tr> <tr> <td>Surcomplémentaire "Renfort"</td> <td>193,50 €</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Surcomplémentaire "Plus"</td> <td>193,50 €</td> <td></td> </tr> </table>	Régime de base	193,50 €	967,50 €	Surcomplémentaire "Renfort"	193,50 €		Surcomplémentaire "Plus"	193,50 €		402 €
Régime de base	193,50 €	967,50 €									
Surcomplémentaire "Renfort"	193,50 €										
Surcomplémentaire "Plus"	193,50 €										
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>420,00 €</td> </tr> <tr> <td>Surcomplémentaire "Renfort"</td> <td>72,00 €</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Surcomplémentaire "Plus"</td> <td>72,00 €</td> <td>744,00 €</td> </tr> </table>	Régime de base	72,00 €	420,00 €	Surcomplémentaire "Renfort"	72,00 €		Surcomplémentaire "Plus"	72,00 €	744,00 €	505 €
Régime de base	72,00 €	420,00 €									
Surcomplémentaire "Renfort"	72,00 €										
Surcomplémentaire "Plus"	72,00 €	744,00 €									
Chambre particulière	<table border="0"> <tr> <td>Régime de base</td> <td></td> <td>193,20 €</td> </tr> <tr> <td>Surcomplémentaire "Renfort"</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Surcomplémentaire "Plus"</td> <td></td> <td>231,80 €</td> </tr> </table>	Régime de base		193,20 €	Surcomplémentaire "Renfort"			Surcomplémentaire "Plus"		231,80 €	73 €
Régime de base		193,20 €									
Surcomplémentaire "Renfort"											
Surcomplémentaire "Plus"		231,80 €									

■ 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 : 0155921464



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 votre espace client Generation.



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 : 09 69 32 03 83

Toutes les informations utiles se trouvent sur mma-soutien.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 47 11 70 65 (n° de convention d'assistance : MMA 301)

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