

VERLINGUE
COURTIER EN ASSURANCES

Vos garanties Frais de santé

VTF

Ensemble du personnel
Dispositions en vigueur au 01/01/2018

Ce document vous est fourni à titre indicatif.

Il est destiné à vous informer des principales dispositions pratiques de votre couverture d'assurance et ne saurait se substituer à la notice légale d'information de l'assureur ni au contenu du contrat d'assurances collectives.

L'essentiel sur vos garanties Frais de santé

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.

■ L'ESSENTIEL DE VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE

- Votre couverture Frais de santé est mise en place et suivie par Verlingue.
Sa mission est de vous faire bénéficier du meilleur rapport garanties / cotisations / services, de veiller activement à vos attentes, et de vous conseiller dans l'évolution de votre régime en fonction de l'environnement social et réglementaire.
- Le paiement de vos prestations est confié à Génération.
Sa mission est de vous faire bénéficier des meilleurs services pour le remboursement de vos Frais de santé (excellents délais de remboursement, information, tiers-payant, services en ligne).
- Le contrat d'assurances collectives garantissant votre couverture est souscrit auprès de A2VIP.

■ A QUEL MOMENT VOTRE 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.

■ QUELLE EST LA DURÉE DE L'ADHÉSION ?

Vos garanties cessent à la rupture du contrat de travail, pendant la période de suspension du 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.

■ QUI BENEFICIE DE VOTRE REGIME ?

En tant que salarié de VTF, vous et vos enfants à charge bénéficiez du régime à titre obligatoire.

- **Sont considérés à charge du salarié**, indépendamment de la position fiscale, les enfants du salarié et de son conjoint, ou concubin, ou partenaire lié par un PACS, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus ou recueillis :
 - Jusqu'à leur 21^{ème} anniversaire, sans condition
 - Jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire, et sous condition soit :
 - De poursuivre des études supérieures
 - D'être en apprentissage
 - De poursuivre une formation professionnelle en alternance
 - D'être inscrits comme demandeurs d'emploi
 - D'être employés dans un ESAT ou un atelier protégé en tant que travailleur handicapé

Par assimilation, sont considérés comme à charge, les enfants à naître et nés viables.

Peuvent également bénéficier du régime, sous réserve de payer la cotisation supplémentaire:

- **Votre conjoint**, votre partenaire lié par un PACS, votre concubin (en l'absence de conjoint), à charge au sens de la Sécurité Sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de sécurité sociale ou d'un autre régime

L'essentiel sur vos garanties Frais de santé

■ QUELLES SONT VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ?

Les prestations garanties par votre régime de Base incluent celles versées par la Sécurité Sociale, dans la limite des frais réels. Les prestations exprimées en € et/ou % du PMSS s'entendent en complément de celles versées par la Sécurité sociale.

Les prestations de la Surcomplémentaire interviennent en complément de celles versées par le régime de Base, dans la limite des frais réels.

GARANTIES	Base obligatoire	Surcomplémentaire obligatoire
Hospitalisation (Y Compris Maternité)		
Honoraires		
. Médecin adhérent à l'OPTAM	180 % BR	300 % BR
. Médecin non adhérent à l'OPTAM	160 % BR	40 % BR
Frais de Séjour	100 % BR	300 % BR
Forfait Journalier	100 % FR	
Chambre Particulière	1,3 % PMSS	43,04 € 1,2 % PMSS 39,73 €
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	1,3 % PMSS	43,04 € 1 % PMSS 33,11 €
Frais Médicaux Courants (Y compris Assurance Maternité)		
Consultations et Visites Généralistes		
. Médecin adhérent à l'OPTAM	180 % BR	270 % BR
. Médecin non adhérent à l'OPTAM	160 % BR	40 % BR
Consultations et Visites Spécialistes		
. Médecin adhérent à l'OPTAM	180 % BR	270 % BR
. Médecin non adhérent à l'OPTAM	160 % BR	40 % BR
Actes de Spécialité		
. Médecin adhérent à l'OPTAM	180 % BR	70 % BR
. Médecin non adhérent à l'OPTAM	160 % BR	40 % BR
Actes de Radiologie		
. Médecin adhérent à l'OPTAM	180 % BR	270 % BR
. Médecin non adhérent à l'OPTAM	160 % BR	40 % BR
Auxiliaires Médicaux (infirmiers, kiné, ...)	160 % BR	60 % BR
Analyses Médicales	160 % BR	60 % BR
Transport des Malades	165 % BR	
Médecine douce (Osteopathe, homéopathe, chiropracteur, acupuncteur, sophrologue, psychologue, diététicien, naturopathe)	25 € par séance et par bénéficiaire, max 5 par an	75 € par an et par bénéficiaire
Pharmacie		
Pharmacie	100 % BR	
Frais pharmaceutiques prescrits non remboursés		50 € par an et par bénéficiaire
Actes de Prévention		
L'ensemble des actes de prévention est pris en charge au titre du contrat, à hauteur du ticket modérateur.		
Frais Dentaires		
Prestations Remboursées par la Sécurité Sociale		
Soins Dentaires	100 % BR	
Inlays / Onlays	100 % BR	300 % BR + 200€/an/bénéficiaire
Prothèses Dentaires	280 % BR	220 % BR
Inlay core	280 % BR	220 % BR
Couronne sur implant	280 % BR	220 % BR

L'essentiel sur vos garanties Frais de santé

■ QUELLES SONT VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ?

Les prestations garanties par votre régime de Base incluent celles versées par la Sécurité Sociale, dans la limite des frais réels. Les prestations exprimées en € et/ou % du PMSS s'entendent en complément de celles versées par la Sécurité sociale.

Les prestations de la Surcomplémentaire interviennent en complément de celles versées par le régime de Base, dans la limite des frais réels.

GARANTIES	Base obligatoire	Surcomplémentaire obligatoire
Bridge 3 éléments (pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers + 1 élément intermédiaire)	280 % BR	220 % BR
Appareil Amovible	280 % BR	220 % BR
Orthodontie	135 % BR	375 % BR
<u>Prestations Non Remboursées par la Sécurité Sociale</u>		
Prothèses Dentaires		80,63 € / acte
Implantologie (Pose de l'implant racine + phase préparatoire / Faux moignon implantaire)		12 % PMSS/an/bénéficiaire 397,32 €
Parodontologie		2 % PMSS/an/bénéficiaire 66,22 €
Autres Prothèses		
Orthopédie - Autres Prothèses	100 % BR	200 % BR
Prothèses Auditives	100 % BR	
Frais d'Optique		
<i>Limitation à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans ou par an en cas d'évolution de la prescription de l'ophtalmologiste ou pour les enfants mineurs</i>		
<u>Optique Adulte</u>		
Monture	120 €	30 €
Verre		
. Unifocal	125 €	35 €
. Multifocal	200 €	50 €
<u>Optique Enfant</u>		
Monture	80 €	30 €
Verre		
. Unifocal	125 €	35 €
. Multifocal	200 €	50 €
Lentilles		
. Remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	100 % BR + 100€/an /bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire
. Non remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	100 € par an et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire
Chirurgie correctrice de l'œil		300 € / œil
Autres dépenses		
Cures Thermales acceptées par la Sécurité sociale (honoraires et soins)	100 % BR	

Lexique

- La **Base de Remboursement (BR)** est le tarif dont tient compte la Sécurité Sociale (SS) pour établir ses remboursements en secteur conventionné. La BR est reconstituée si les frais sont engagés en secteur non conventionné (hors garanties non OPTAM).
- Le **Remboursement de Sécurité Sociale (RSS)** 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 (BR) et le montant effectivement remboursé par la Sécurité Sociale (RSS).
- Les **Frais Réels (FR)** correspondent aux montants facturés.
- Le **Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS)** est estimé à 3 311€ en 2018.
- 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 en 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)."

- Une **participation forfaitaire de 18€** à charge de l'assuré est prévue pour tous les actes techniques 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.
- La **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 mineurs, s'apprécie à la date de premier achat de l'équipement.
- L'**Option Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM)** remplace le Contrat d'Accès aux Soins. C'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'option pratique tarifaire maitrisée est souscrite sur la base du volontariat et l'information est disponible sur le site ameli-direct.ameli.fr.

Comment utiliser les services de Génération ?

■ VOS REMBOURSEMENTS, MODE D'EMPLOI...

Cas général :

Vous bénéficiez de la télétransmission

Votre bordereau de Sécurité sociale porte le message :
"décompte transmis à votre organisme complémentaire"

Vous n'avez rien à faire !

Vous bénéficiez du service NOEMIE (télétransmission de vos décomptes Sécurité sociale vers Génération).

Génération calcule vos remboursements au jour le jour et vous règle par virement bancaire au fur et à mesure.

Dans certains cas, vous devez adresser à Génération :

- l'ordonnance de l'ophtalmologiste et la facture de l'opticien,
- la facture de l'établissement hospitalier.

Cas particuliers :

Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission

Allocation de maternité

Soins non remboursés par la Sécurité sociale comme les actes de médecine douce, les implants, la parodontie, l'orthodontie refusée

Pensez à adresser à Génération :

Le bordereau de Sécurité sociale ainsi que toute facture (originale, copie ou photo*) de vos soins et actes médicaux.

Le certificat de naissance (original, copie ou photo*).

La facture de vos soins (originale, copie ou photo*)

***Si envoi d'une copie ou photo : vous devez conserver l'original pendant 2 ans.**

Vos décomptes de remboursement

Éditez à tout moment les récapitulatifs des remboursements en vous inscrivant gratuitement aux services en ligne

Sinon, un récapitulatif est édité et adressé à votre domicile en fin de mois pour tout cumul de règlement supérieur à 50 euros.

■ N'AVANCEZ PAS D'ARGENT POUR VOS DEPENSES DE SANTE !

Prise en charge hospitalière

Génération vous délivre un accord de prise en charge sous 24 heures via votre espace assuré (www.generation.fr)

Vous pouvez également en faire la demande par téléphone. En cas d'urgence, Génération adresse directement la prise en charge à l'hôpital ou à la clinique.

Attestation de Tiers-Payant Santé

Présentez votre attestation Génération et votre carte Vitale aux professionnels de santé pour bénéficier du tiers-payant :

Médecins généralistes, spécialistes, pharmacies, laboratoires d'analyses médicales, opticiens, radiologues, infirmiers, kinésithérapeutes, hôpitaux, cliniques, centres de soins,

■ VOUS INFORMER...

Votre espace assuré www.generation.fr

Créez votre espace et accédez à tout moment à de nombreux services en ligne :

- éditez ou téléchargez votre attestation de Tiers-Payant Santé
- recevez une alerte à chaque remboursement de Génération
- actualisez votre dossier personnel (adresse, e-mail, N° de téléphone, RIB...)
- localisez un professionnel de santé pratiquant le tiers-payant
- accédez à des applications santé et bien-être
- gérez votre télétransmission, la prolongation des droits de vos enfants...

Appli mobile Génération

Retrouvez Génération sur iPhone ou smartphones Android

Pour bénéficier de votre attestation de Tiers-Payant Santé sur votre mobile, connaître vos remboursements, rechercher un professionnel de santé ou transmettre un document en le prenant en photo (décompte, facture, devis, justificatif), téléchargez tout simplement cette application.

Nous contacter

- Par internet : www.generation.fr
- Par courrier : Génération - 29080 Quimper Cedex 9

Une question ? Besoin d'un conseil ?

Vous ne trouvez pas l'information sur le site Génération ?

Les conseillers de Génération Accueil sont à votre écoute du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30 sans interruption au **02 98 51 38 00** (tarif local) ou

0 820 904 904

Service 0,12 € / min
+ prix appel

Verlingue, simplement

Courtier en assurances spécialisé dans la protection des entreprises, Verlingue apporte à ses clients des solutions simples et performantes pour protéger leurs activités (risques de l'entreprise) et leurs collaborateurs (protection sociale complémentaire).

Avec plusieurs centaines de collaborateurs implantés en régions et des partenaires dans plus de 100 pays (membre du réseau WBN), Verlingue conseille, négocie et gère les programmes d'assurances de plus de 2 000 entreprises. Avec une ambition au service de ses clients : rendre simples leurs assurances.

www.verlingue.fr