



L'essentiel de vos garanties Frais de santé 2023

INSTITUT MAX VON LAUE PAUL LANGEVIN



Personnel Retraités





| Durée de votre adhésion

Les garanties peuvent être maintenues, sans franchise ni délai d'attente, aux salariés affiliés sur le contrat Frais de santé de l'institut Max Von Laue Paul Langevin à compter de leur date de mise en retraite, à condition que la demande ait été faite auprès du service du personnel dans un délai d'un mois après la date de départ en retraite et sous réserve du paiement des cotisations.

Vos garanties cessent tant pour l'affilié que ces bénéficiaires :

- à tout moment, sous réserve d'en faire la demande au moins un mois avant l'échéance, et dès lors que l'affiliation a été effective pendant une durée minimal d'un an,
- si les cotisations cessent d'être versées,
- à la date de résiliation du contrat d'assurance collective.



| Bénéficiaires de votre contrat Frais de santé

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

Sont également considérés comme bénéficiaires :

- 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
- Vos enfants, ou ceux de votre conjoint, partenaire ou concubin :
 - Agés de 21 ans ou plus devront 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, tel que ci-avant prévu, il devra être à la charge du foyer fiscal du participant ou de son concubin en raison de sa prise en compte dans le quotient familial au titre de l'impôt sur le revenu.
 - Agés de moins de 28 ans, n'exerçant aucune activité professionnelle autre que temporaire (emploi saisonnier,...) ou accessoire (petit travail d'appoint,...)
 - Quelque 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.



| Comment changer de niveau de garanties ?

Vous êtes obligatoirement affilié au régime de base.

Chaque assuré choisit, lors de son affiliation, de s'affilier ou non à la surcomplémentaire. Il s'agit d'une affiliation à titre facultatif valable tant pour l'assuré que pour ses ayants droit.

L'assuré peut modifier son choix :

- A chaque premier janvier sous réserve d'en faire la demande avant le 30 octobre,
- A tout moment, en cas de changement de situation de famille, sous réserve d'en faire la demande dans les 2 mois qui suivent l'évènement.

La résiliation de la surcomplémentaire est possible à tout moment sous réserve d'en faire la demande au moins 1 mois avant échéance et dès lors que l'adhésion a été effective pendant une durée minimale de 1 an.

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 interviennent en complément de celles versées par la Sécurité sociale et de celles du régime de base, dans la limite des frais réels.

GARANTIES	Base	Surcomplémentaire
Hospitalisation - (y compris maternité)		
Honoraires Médecin - adhérent à un DPTAM	300% BR	-
Honoraires Médecin - non adhérent à un DPTAM	200% BR	+ 300% BR
Forfait journalier hospitalier	pris en charge	-
Frais de séjour - Conventionné	300% BR	-
Frais séjour - Non conventionné	90%FR (mini 100% TA et maxi 300% TA)	-
Chambre particulière	90€ par jour	-
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	41€ par jour	-

Soins Courants - (y compris maternité)		
Généraliste - adhérent à un DPTAM	300% BR	-
Généraliste - non adhérent à un DPTAM	200% BR	+ 200% BR
Spécialiste - adhérent à un DPTAM	300% BR	-
Spécialiste - non adhérent à un DPTAM	200% BR	+ 200% BR
Honoraires paramédicaux (Auxiliaires médicaux : kiné,...)	200% BR	-
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	-
Pharmacie prescrite prise en charge par le RO	100% BR	-
Pharmacie prescrite non prise en charge par le RO [3]	50€	-
Vaccins non remboursés prescrits	100% FR	-
Appareillage (hors optique, dentaire et aides auditives)	210% BR	-
Radiologie - adhérent à un DPTAM	300% BR	-
Radiologie - non adhérent à un DPTAM	200% BR	+ 200% BR
Actes de spécialités - adhérent à un DPTAM	300% BR	-
Actes de spécialités - non adhérent à un DPTAM	200% BR	200% BR
Frais de transport pris en charge par le RO	100% BR	-
Médecine douce (voir détail dans le lexique page 5)	50 € par séance (maxi 5 séances par an et par bénéficiaire)	-

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 par oreille	335% BR	-
Accessoires pris en charge par le RO	335% BR	-
Piles pour prothèses auditives non remboursées par le RO [3]	135€	-

Votre tableau de garanties

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

Equipements 100 % Santé [1]	remboursement intégral	-
Monture Adulte	100€	50€
Monture Enfant (moins de 16 ans)	100€	20€
Verre	voir grille optique	voir grille optique
Lentilles correctrices simples prescrites prises en charge ou non par le RO y compris jetables et produits d'entretien [3]	200€	-
Lentilles correctrices progressives prescrites prises en charge ou non par le RO y compris jetables et produits d'entretien [3]	300€	-
Traitement des corrections visuelles par chirurgie réfractive [3]	600€ par oeil	-

Dentaire

Soins et prothèses 100 % Santé [1]	remboursement intégral	-
Soins	120% BR	-
Inlays / Onlays	300% BR	-
Prothèses : sur incisives, canines, prémolaires	500% BR	-
prothèses : sur molaires	400% BR	-
Prothèses : Bridge 3 éléments (pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers + 1 élément intermédiaire)	450% BR	-
Intermédiaire de bridge supplémentaire	450% BR	-
Autres prothèses	450% BR	-
Appareil amovible	450% BR	-
Parodontologie	120% BR	-
Orthodontie prise en charge par le RO	350% BR	-
Prestations non remboursées par le régime obligatoire		
Prothèse / Pilier de bridge sur dent saine	301€ par acte	-
Prothèse / couronne provisoire	80€ par acte	-
Réparations	301€ par acte	-
Implantologie (Pose de l'implant racine + phase préparatoire / Faux moignon implantaire)	350€ par implant (maxi 2 implants par an et par bénéficiaire)	-
Orthodontie non prise en charge par le RO	500€ par semestre	-

Prévention

Actes de prévention	Prise en charge des actes de prévention tels que définis à l'article L871-2 du code de la Sécurité sociale	-
---------------------	--	---

Votre tableau de garanties

Autres dépenses		
Cures thermales prises en charge par le RO (y compris hospitalisation) :	100% BR	-
Frais supplémentaires hébergement	140% BR	-
Ostéodensitométrie non remboursée par le RO [3]	61€	-

[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.

DPTAM : DISPOSITIF PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISÉE

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

MEDECINE DOUCE

Séances d'ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, ergothérapeute, étiope, homéopathe, méthodes mézières, microkinésithérapeute, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricien, psychothérapeute, réflexologue, sophrologue, nutritionniste, diététicien.



| Services Génération : la gestion de votre complémentaire santé

Web et Mobile



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

Accueil téléphonique 24h/24 et 7j/7

02 98 51 38 00 (tarif local)

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

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

Génération TV

www.youtube.com/c/GenerationTV



 Génération



Optique et réseau de soins

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

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

Adoptez le réflexe Itelis !

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

- En optique** ➔ Jusqu'à 40% d'économie sur les verres et jusqu'à 25% sur les montures
 - En audiologie** ➔ Jusqu'à 15% d'économie sur les aides auditives
 - En dentaire** ➔ Jusqu'à 15% d'économie sur les prothèses et jusqu'à 25% 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

Niveau de correction

Hors panier 100% Santé (Classe B) Garanties incluant le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire		Niveau de correction															
		Faible			Modéré			Moyen			Elevé			Très élevé			
Base [1]	Verre Unifocal	60 €			70 €			85 €			110 €			140 €			
	Verre Multifocal	160 €			180 €			200 €			220 €			240 €			
Surcomplémentaire [1]	Verre Unifocal	60 €			70 €			85 €			110 €			140 €			
	Verre Multifocal	160 €			180 €			200 €			220 €			240 €			
Niveau de correction		Faible			Modéré			Moyen			Elevé			Très élevé			
Sphère (S) Ou Sphère + Cylindre (S+C)		S	S	S+C	S	S	S+C	S	S	S+C	S	S	S+C	S	S	S	S+C
		De -2 à +2	De -2 à 0	De 0 à +2	De -4 à -2,25 ou de +2,25 à +4	De -4 à -2,25	De +2,25 à +4	De -6 à -4,25 ou de +4,25 à +8	De -6 à -4,25	De +4,25 à +6	De -8 à -6,25 ou de +6,25 à +8	De -8 à -6,25	De +6,25 à +8	< -8 ou > +8	De -8 à 0	< -8	> +8
Cylindre		0	De +0,25 à +4	> 0	0	De +0,25 à +4	> 0	0	De +0,25 à +4	> 0	0	De +0,25 à +4	> 0	0	De +0,25 à +4	> 0	> 0

[1] - OPTI 5 - Dans le réseau optique Itelis (pour équipement Classe B) Caractéristiques des verres Unifocaux et Multifocaux organiques de marques exclusivement : Tous types de verres dont verre aminci en fonction de la correction, traitement contre les rayures, traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive, épaisseur du verre optimisée en fonction de la monture, teinte uniforme, teinte dégradée, teinte polarisée, teinte photochromique (fonce au soleil) - Caractéristiques des verres Unifocaux organiques de marques exclusivement : verre aplani, verre sur-mesure - Caractéristiques des verres Multifocaux organiques de marques exclusivement : verres progressifs sur-mesure - Monture jusqu'à 100 €

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 ne sauraient se substituer aux documents contractuels de l'assureur.

Le remboursement de la surcomplémentaire correspondant au remboursement total du régime de base et de la surcomplémentaire.

SOINS	REMBOURSEMENT MAXIMUM	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM) pour une opération chirurgicale de ménisectomie du genou par arthroscopie	Base 153,14 €	574,29 €
	Surcomplémentaire 153,14 €	574,29 €
Traitement semestriel d'orthodontie (moins de 16 ans - 6 semestres max.)	Base 193,50 €	677,25 €
	Surcomplémentaire 193,50 €	677,25 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (tarif libre)	Base 84,00 €	600,00 €
	Surcomplémentaire 84,00 €	600,00 €
Chambre particulière	Base 90,00 €	90,00 €
	Surcomplémentaire 90,00 €	90,00 €

■ Remboursement de la Sécurité sociale

■ Remboursement complémentaire (mutuelle)

Les services associés



Téléconsultation

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

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

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

Le service est directement visible depuis l'espace Prévention / « Services en ligne » de votre espace personnel Génération.



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 48 82 62 98.

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