

VERLINGUE
COURTIER EN ASSURANCES

Vos garanties Frais de santé

Institut Max Von Laue Paul Langevin

Ensemble du personnel retraités
Dispositions en vigueur au 01/01/2019

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).
- Votre régime bénéficie du service Itelis sur les postes Optique, Dentaire et Audioprothèses.
- Le contrat d'assurances collectives garantissant votre couverture est souscrit auprès de l'ANIPS.

■ A QUEL MOMENT VOTRE COUVERTURE PREND ELLE EFFET ?

Vos garanties entrent en vigueur à la date d'effet de votre départ en retraite sans franchise ni délai d'attente.

■ QUELLE EST LA DURÉE DE L'ADHÉSION ?

Vos garanties cessent à la date de résiliation du contrat d'assurances collectives.

■ QUI BENEFICIE DE VOTRE REGIME ?

En tant que retraité de L'Institut Max Von Laue Paul Langevin, vous bénéficiez du régime à titre facultatif
Peuvent également bénéficier du régime :

- **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 lié par un PACS ou concubin :**
 - Agés de moins de 21 ans et bénéficiant du régime obligatoire de protection sociale du salarié, de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin,
 - Agés de moins de 28 ans, poursuivant ses études et inscrit au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou au Régime général au titre de la couverture universelle (CMU). L'enfant est considéré à charge tant qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessus, même s'il exerce temporairement (emploi saisonnier,...) ou accessoirement (petit travail d'appoint,...) une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de cette activité,
 - Agés de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de son activité salariée,
 - 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 handicapé qui remplit les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auquel celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources peut être garantie.

L'essentiel sur vos garanties Frais de santé

■ QUELLES SONT VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ?

Les prestations garanties par votre couverture frais de santé 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.

GARANTIES	Régime BASE
Hospitalisation Y Compris Maternité	
Honoraires	
. Médecin adhérent à l'OPTAM	300 % BR
. Médecin non adhérent à l'OPTAM	200 % BR
Frais de Séjour	
. En secteur conventionné	300 % BR
. En secteur non conventionné	90 %FR(mini 100%TA et maxi 300%TA)
Forfait Journalier	100 % FR
Chambre Particulière	90 € par jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	41 € par jour
Frais Médicaux Courants (Y compris Assurance Maternité)	
Consultations et Visites Généralistes	
. Médecin adhérent à l'OPTAM	300 % BR
. Médecin non adhérent à l'OPTAM	200 % BR
Consultations et Visites Spécialistes	
. Médecin adhérent à l'OPTAM	300 % BR
. Médecin non adhérent à l'OPTAM	200 % BR
Actes de Spécialité	
. Médecin adhérent à l'OPTAM	300 % BR
. Médecin non adhérent à l'OPTAM	200 % BR
Actes de Radiologie	
. Médecin adhérent à l'OPTAM	300 % BR
. Médecin non adhérent à l'OPTAM	200 % BR
Auxiliaires Médicaux (infirmiers, kiné, ...)	200 % BR
Analyses Médicales	100 % BR
Transport des Malades remboursés par la SS	100 % BR
Médecine douce (Osteopathe, acupuncture, chiropracteur, ergothérapeute, étiope, homéopathe, méthodes mézières, microkinesithérapeute, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricien, psychothérapeute, réflexologue, sophrologue, nutritionniste, diététicien) Les professionnels concernés doivent être inscrits sur une liste d'habilitation.	50 € par séance (maxi 5 par an par bénéficiaire) pour l'ensemble des spécialités
Pharmacie	
Pharmacie	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée	50 € par an et par bénéficiaire
Vaccins non remboursés prescrits	100 % FR
Actes de 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.	
Frais Dentaires	
Prestations Remboursées par la Sécurité Sociale	
Soins Dentaires	120 % BR
Inlays / Onlays	300 % BR
Prothèses Dentaires	
. Sur incisives, canines, prémolaires	500 % BR
. Sur molaires	400 % BR
Bridge 3 éléments (pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers + 1 élément intermédiaire)	450 % BR

L'essentiel sur vos garanties Frais de santé

■ QUELLES SONT VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ?

Les prestations garanties par votre couverture frais de santé 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.

GARANTIES	Régime BASE
Intermédiaire de Bridge supplémentaire	450 % BR
Appareil Amovible	450 % BR
Autres prothèses	450 % BR
Orthodontie	350 % BR
Parodontologie	120 % BR
<u>Prestations Non Remboursées par la Sécurité Sociale</u>	
Prothèses Dentaires	
. 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 par bénéficiaire
Orthodontie	500 € par semestre
Autres Prothèses	
Piles pour prothèses auditives non remboursées SS	135 € par an et par bénéficiaire
Prothèses Auditives, piles et entretien de la prothèse remboursée par SS	335 % BR
Petit et gros appareillage	210 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
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	150 €
Verre	Réseau ITELIS voir grille optique
<u>Optique Enfant</u>	
Monture	120 € (enfant de moins de 16 ans)
Verre	Réseau ITELIS voir grille optique
Lentilles	
. Remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables et produits pour lentilles)	} 200€ par an et par bénéficiaire pour lentilles simples 300€ par an et par bénéficiaire lentilles progressives
. Non remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables et produits pour lentilles)	
Chirurgie réfractive de l'œil (toute chirurgie des yeux)	600 € par œil
Autres dépenses	
Cures Thermales acceptées par la Sécurité sociale Honoraires et soins	100 % BR
Cures Thermales acceptées par la Sécurité sociale Hébergement	140 % BR
Ostéodensitométrie non remboursée par la SS	61 € par an et par bénéficiaire
Assistance	oui Appeler le 01 48 82 62 98

- La **Base de Remboursement (BR)** est le tarif dont tient compte la Sécurité Sociale (SS) pour établir ses remboursements en secteur conventionné.
- 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)** vaut 3 377€ en 2019.
- 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.

Frais dentaires : garanties et services innovants

Un réseau de 2 800 chirurgiens dentistes partenaires

VOS AVANTAGES POUR VOS SOINS DENTAIRES


- ✓ **Des tarifs plafonnés** sur des prestations définies (jusqu'à – 15% sur les prothèses les plus fréquentes : couronnes, bridges, implants, ...)
- ✓ **Des services**, en cas d'urgence les chirurgiens dentistes partenaires Itelis s'engagent à vous recevoir dans les 24h ouvrées
- ✓ **Le tiers payant** pour les prothèses
- ✓ **La garantie implant**, le chirurgien dentiste Itelis garantit le remplacement de l'implant en cas de rejet

VOUS AVEZ DES SOINS OU PROTHESES DENTAIRE A ENGAGER ?

2 choix s'offrent à vous :

- **Vous souhaitez vous rendre chez un chirurgien dentiste partenaire, bénéficiaire des tarifs négociés et du tiers payant :**

Vous appelez Génération au **0 820 904 904** Service 0,12 € / min + prix appel ou au 02 98 51 38 00 (numéro spécial forfaits illimités), un conseiller vous fournira les coordonnées des chirurgiens dentistes les plus proches de chez vous. Vous pouvez également vous connecter sur le site www.generation.fr rubrique « Découvrir nos professionnels de santé partenaires ».

Vous vous rendez chez le dentiste partenaire de votre choix avec votre attestation tiers payant GENERATION qui comprend le logo  , le détail des garanties figurant à la fin de ce document et vous demandez à bénéficier des avantages partenaires.

Le chirurgien dentiste adresse sa demande par fax selon les coordonnées mentionnées sur la carte de tiers payant et votre centre de gestion répond sous 48h ouvrées au professionnel de santé.

Vous n'avez rien à payer sinon la part Sécurité sociale et le dépassement éventuel par rapport à votre garantie.

- **Vous avez décidé de vous rendre chez un chirurgien dentiste non partenaire et vous avez fait l'avance des frais :**

Vous devez adresser à Génération (29080 QUIMPER CEDEX 9) :

- Les originaux des décomptes de la Sécurité sociale, seulement si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission des décomptes de la Sécurité sociale vers Génération
- La note d'honoraires de votre chirurgien dentiste détaillant les types de prothèses ainsi que le positionnement des dents concernées ou le traitement d'orthodontie

N'oubliez pas que dans ce cas aussi, vous pouvez faire appel aux services d'Itelis : avant de réaliser vos soins, faites remplir par votre praticien un devis. Analyse de prix et conseils adaptés vous permettront de profiter au mieux de votre garantie.

Frais optiques : garanties et services innovants

Un réseau de 3 000 opticiens partenaires

VOS AVANTAGES POUR LA PRISE EN CHARGE DE VOS LUNETTES

- ✓ Une sélection de verres négociés (jusqu'à - 40%) répondant aux normes CE (Normes Européennes)
- ✓ Un large choix de montures de toutes matières et de toutes formes, avec des remises de 15%
- ✓ Le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat

DES SERVICES COMPLETS :

- ✓ Entretien gratuit de vos lunettes
- ✓ Réparation gratuite de vos lunettes (service après-vente : 2 ans minimum)
- ✓ Commande du modèle de monture de votre choix si celui-ci n'est pas présent en magasin (en fonction des stocks disponibles)

DES CONTRATS COMPLETS :

✓ Le contrat casse

Vos lunettes, verres et montures, sont garantis 2 ans, sans franchise

✓ Le contrat adaptation de lunettes

En cas d'inconfort visuel, remplacement de vos verres progressifs dans le mois suivant votre achat

✓ Le contrat adaptation des lentilles

En cas d'intolérance, de casse ou de déchirure, remplacement de vos lentilles dans les 3 mois suivant votre achat (hors lentilles jetables ou à renouvellement fréquent)

LE CONTROLE ANNUEL DE LA VUE :

A titre de prévention, les opticiens partenaires Itelis équipés réalisent un examen de l'évolution de votre vue.


VOUS AVEZ DES LUNETTES A ACHETER ?

2 choix s'offrent à vous :

- Vous souhaitez vous rendre chez un opticien partenaire Itelis et bénéficier des tarifs négociés :

Vous appelez Génération au **0 820 904 904** Service 0,12 € / min
+ prix appel ou au 02 98 51 38 00 (numéro spécial forfaits illimités), un conseiller vous fournira les coordonnées des opticiens les plus proches de chez vous.

Vous pouvez également vous connecter au site www.generation.fr rubrique « Découvrir nos professionnels de santé partenaires ».

Vous vous rendez chez l'opticien partenaire de votre choix avec votre attestation tiers payant GENERATION qui comprend le logo , le détail des garanties figurant à la fin de ce document et vous demandez à bénéficier des avantages partenaires.

- L'opticien saisit une demande de prise en charge ou un devis par internet qu'il vous demande de signer
- Vous passez en magasin récupérer votre équipement et signez la facture récapitulant les remboursements de la Sécurité sociale, de la complémentaire et votre éventuel reste à charge.

- Vous avez décidé d'acheter votre équipement chez un opticien non partenaire Itelis :

Si vous vous êtes rendus chez un professionnel de santé acceptant le tiers payant Génération, vous n'avez rien à faire.

Si vous avez fait l'avance des frais, vous devez adresser à Génération (29080 QUIMPER CEDEX 9) :

- Les originaux des décomptes de la Sécurité sociale, seulement si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission des décomptes de la Sécurité sociale vers Génération
- La copie de l'ordonnance de l'ophtalmologiste
- La facture détaillée de l'opticien précisant le prix des verres et de la monture ou des lentilles.

N'oubliez pas que dans ce cas aussi, vous pouvez faire appel aux services d'Itelis : avant d'acheter votre équipement, faites remplir par votre opticien un devis. Analyse de prix et conseils adaptés vous permettront de profiter au mieux de votre garantie.

Grille optique - Régime Socle

GARANTIES OPTIQUES EN VIGUEUR AU 01/01/2019

Prestations venant y compris celles versées par la Sécurité sociale, et dans la limite des frais engagés. Les prestations exprimées en € et/ou % du PMSS s'entendent en complément de celles versées par la Sécurité sociale.

Pack OPTI 5

Classe	Défaut Visuel		Dans le réseau		Hors réseau	
	Myopie ou Hypermétropie (en dioptries)	Astigmatisme (en dioptries)	Verre simple foyer	Verre progressif	Verre simple foyer	Verre progressif
Classe 1	De 0 à 2	≤ 2	FRAIS REELS*		60 €	160 €
Classe 2	De 0 à 2 De 2,25 à 4	De 2,25 à 4 ≤ 2	FRAIS REELS*		65 €	180 €
Classe 3	De 2,25 à 4 De 4,25 à 6	De 2,25 à 4 ≤ 4	FRAIS REELS*		70 €	200 €
Classe 4	De 6,25 à 8 De 0 à 8	≤ 4 ≥ 4,25	FRAIS REELS*		110 €	220 €
Classe 5	≥ 8,25	Tous cylindres	FRAIS REELS*		140 €	240 €

Limite de consommation :

1 équipement tous les 2 ans pour les adultes (ramené à 1 an en cas de changement de défaut de vision) et 1 équipement par an pour les enfants

* Dans la limite des plafonds du contrat responsable

Exemples de prestations de prévention prises en charge

1. 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.
2. Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
3. 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.
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
5. 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).
6. 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.
7. 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.



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

Actualiser votre dossier, suivre vos remboursements,
transmettre un justificatif...

Pensez aux services en ligne !

VOS DÉMARCHES

Mettre à jour votre dossier

Vous pouvez effectuer auprès de Génération les modifications suivantes :

- **Changement d'adresse** sur le site (www.generation.fr), via l'appli mobile Génération ou par courrier en joignant votre nouvelle attestation d'assuré social et celle de vos ayants-droit.
- **Changement de banque, d'agence bancaire ou d'intitulé de compte bancaire**, sur le site (www.generation.fr), via l'appli mobile Génération ou par courrier en joignant votre nouveau Relevé d'Identité Bancaire (RIB), au format IBAN.
- **Changement de situation familiale :**

Tout changement de situation familiale doit être validé par votre employeur. Nous vous invitons à en informer votre service des Ressources Humaines.

- En cas de mariage, de concubinage ou de PACS, il vous suffit d'adresser les pièces justificatives.
- En cas d'ajout de bénéficiaire, transmettez l'attestation de Sécurité sociale sur laquelle figure votre nouvel ayant-droit, ainsi que le certificat de naissance ou la fiche d'état civil s'il s'agit de la naissance d'un enfant.
- Pour radier un bénéficiaire, il vous suffit d'en faire la demande à votre employeur.

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 !**

Nous vous réglons, au jour le jour, par virement bancaire.

Dans certains cas, vous devez nous adresser :

- **L'ordonnance** de l'ophtalmologiste et la facture de l'opticien.
- **La facture** de l'établissement hospitalier.

Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission

Votre bordereau de Sécurité sociale ne comporte pas de message : **vous devez nous adresser votre bordereau de Sécurité sociale**

Dès réception, nous vous réglons par virement bancaire.

... Et pour les soins non remboursés par la Sécurité sociale ?

Pour les actes de médecine douce, les implants, la parodontie, l'orthodontie refusée, **la facture doit nous être transmise.**

Gagnez du temps pour vos remboursements !

Transmettez vos justificatifs (ordonnances, factures, bordereaux de Sécurité sociale...) **par e-mail ou via l'appareil photo de votre smartphone/tablette** grâce à l'appli mobile Génération.

Dans ce cas, vous devez conserver l'original pendant deux ans.





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

Éditer vos attestations de tiers-payant, localiser un professionnel de santé, demander une prise en charge...
Pensez aux services en ligne !

LE TIERS-PAYANT

Profiter du tiers-payant généralisé

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



Si le professionnel de santé pratique le tiers-payant, **présentez-lui votre attestation de Tiers-Payant Santé Génération en même temps que votre carte Vitale.**

Réglez uniquement votre éventuel reste à charge.

Pour localiser un professionnel de santé près de chez vous, rendez-vous sur le site (www.generation.fr) rubrique > *Services en ligne / Trouver un professionnel de santé.*

Vous bénéficiez d'un réseau de soins spécifique ? Découvrez ses avantages !

* dépliant joint en fin de document

... Et en cas d'hospitalisation ?

Génération règle à votre place les sommes garanties par votre contrat, en cas d'hospitalisation.

Votre demande peut être effectuée par téléphone ou via le site web www.generation.fr, rubrique > *Aide et contact / Contacter Génération / Faire une demande de prise en charge hospitalière.*

En cas d'urgence, Génération adresse la prise en charge à l'hôpital ou à la clinique.

Votre attestation de tiers-payant disponible à tout moment !

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



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

Contactez Génération, suivez votre dossier...
Pensez aux services en ligne !

VOTRE ESPACE ASSURÉ

Accéder à de nombreux services en ligne

La gestion de votre complémentaire santé accessible via le site* (www.generation.fr) ou l'appli mobile Génération.



*site adapté aux personnes en situation de handicap avec  FACILITI

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
- la géolocalisation des professionnels de santé pratiquant le tiers-payant
- la possibilité d'effectuer vos demandes de prise en charge hospitalière ou de réaliser des simulations de remboursement
- l'accès à des applications santé et bien-être (conseils sur l'automédication, informations hospitalières, thérapie du sommeil, nutrition et bien-être, calendrier vaccinal, cohérence cardiaque, arrêt du tabac...)



Découvrez l'appli mobile Génération

et accédez à vos services sur mobile et tablette
où et quand vous le souhaitez !



ATTESTATION DE
TIERS-PAYANT



ENVOI DE
JUSTIFICATIFS



MODE
HORS LIGNE



IDENTIFICATION PAR
EMPREINTE




DISPONIBLE SUR
Google Play

Disponible sur
App Store



Notre chaîne vidéo

www.youtube.com/c/GenerationTV

Des tutos pour vous permettre de gagner du temps pour vos remboursements, vous guider dans vos démarches... sur notre chaîne  **YouTube**




Notre accueil téléphonique

Nos conseillers à votre écoute sur Génération Accueil*
du lundi au vendredi
de 8h30 à 17h30 en continu

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 



Notre adresse postale

Génération
29080 QUIMPER Cedex 9

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 3 000 entreprises. Avec une ambition au service de ses clients : rendre simples leurs assurances.

www.verlingue.fr