



PARIS AIR
CATERING pour
SERVAIR

a gategroup member

**Mieux comprendre mon contrat, mes garanties
et faire le meilleur choix**

MON GUIDE SANTÉ

NON CADRE

Bienvenue chez Génération !

Génération est l'organisme gestionnaire de votre contrat collectif mis en place par votre entreprise, généralement en partenariat avec un courtier et un assureur.

C'est à dire ?

Génération devient votre interlocuteur privilégié et met à votre disposition un ensemble de services pour simplifier la gestion de votre complémentaire santé au quotidien comme dans les moments exceptionnels !

Avec Génération, vous :

- Bénéficiez de nombreux services pour éviter l'avance de frais et accélérer vos remboursements.
- Consultez vos droits et réalisez l'ensemble de vos démarches en ligne.
- Disposez de services et d'outils pratiques de prévention et d'information santé.

Porté par



Assuré par



Mon contrat

Qui peut bénéficier de mon contrat santé ?

Extrait des Conditions Particulières de votre contrat

«Vous-même et vos ayants-droit ci-après définis :

- **Votre conjoint** non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale.

Est assimilé au conjoint, dans le cas où la situation de l'ayant droit ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, votre concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra être fourni.

Le concubin doit répondre à la définition de l'article L 515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.

• Vos enfants et ceux de votre conjoint :

- à votre charge au sens de la Sécurité Sociale (ou à celle de son conjoint) et âgés de moins de 18 ans,
- âgés de moins de 28 ans s'ils sont affiliés à la Sécurité Sociale et s'ils remplissent une des conditions suivantes :
 - ils poursuivent des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
 - ils sont à la recherche d'un premier emploi, sont inscrits à l'Assurance Chômage et ont terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo demandeurs d'emploi),
- quel que soit leur âge, s'ils perçoivent l'une des allocations pour personne handicapée (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou allocation pour adulte handicapé (AAH)), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire. »



Mon contrat

Comment modifier mes garanties (résiliation, souscription d'une option complémentaire...) ?

Extrait des Conditions Particulières de votre contrat

« Modalité d'adhésion au régime CONFORT ou aux différents Renforts.

Le participant, selon le cas, bénéficie de la garantie :

- dès la date d'effet du contrat, lorsque le bulletin individuel d'affiliation est reçu dans les trente jours qui suivent ladite date,
- dès la date d'entrée dans l'entreprise ou dans le groupe assurable, lorsque le bulletin individuel d'affiliation est reçu dans les trente jours qui suivent ladite date,
- dès la date de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage, PACS, concubinage, rupture de PACS, rupture de concubinage), lorsque le bulletin individuel d'affiliation ou la demande écrite est reçu dans les trente jours qui suivent ladite date avec les justificatifs nécessaires,
- dès **le premier janvier de chaque année**, lorsque le bulletin individuel d'affiliation ou la demande écrite est reçu avant le **1er novembre** de l'année précédente, dans les cas non visés ci-dessus.

Modalité d'adhésion des ayants droits :

Les ayants droit, selon le cas, bénéficient de la garantie :

- dès l'adhésion à l'assurance du salarié lorsqu'ils sont ayants droit au titre du contrat «Base Obligatoire»,
- dès la date à laquelle l'intéressé répond à la définition d'ayant droit et bénéficie du contrat «Base Obligatoire»,

Choix du /des Renforts

Lors de votre adhésion, vous avez la possibilité de souscrire au régime **BASE** ou **CONFORT**. Le régime **BASE** vous donne la possibilité de souscrire au Renfort Hospitalisation /Médecine. Le régime **CONFORT** vous donne la possibilité de souscrire au Renfort Hospitalisation/Médecine **et/ou** au Renfort Dentaire.

Vous pouvez modifier votre choix de formule qui vaut pour vous-même ainsi que vos ayants droit dans les conditions suivantes :

- à la date de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage, PACS, concubinage, rupture de PACS, rupture de concubinage),
- au **1er janvier de chaque année**, lorsque vous avez bénéficié d'une formule inférieure pendant au moins deux années civiles, sous réserve que la demande parvienne à l'Institution avant le 15 novembre précédent. »

Mon contrat

Comment modifier mes garanties (résiliation, souscription d'une option complémentaire...)?

Extrait des Conditions Particulières de votre contrat

« Modalité de résiliation du régime CONFORT »

- Fin de la garantie
- Le participant peut dénoncer son affiliation au régime CONFORT :

Vous pouvez demander votre radiation de l'assurance par lettre recommandée, envoi recommandé électronique ou via votre espace assuré avant le 1er novembre de chaque exercice, le cachet de la poste faisant foi, pour prendre effet au 31 décembre suivant. La cessation de la garantie entraîne votre radiation et celle de vos ayants droit.

La radiation d'un des ayants droit au titre du régime de base obligatoire entraîne sa radiation au titre de l'option choisie à la même date.

Toute radiation est définitive sauf en cas de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage, PACS, concubinage, rupture de PACS, rupture de concubinage).

Modalité de résiliation des Renforts (Hospitalisation / Médecine et Renfort Dentaire)

Vous pouvez dénoncer votre affiliation :

- Avant le **1er novembre** de chaque année, le cachet de la poste faisant foi, pour prendre effet au **31 décembre suivant**.
- **À tout moment** sans frais ni pénalité, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de la notification de résiliation du participant.

Votre demande de résiliation peut au choix être notifiée :

- Par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale à Génération
- Par voie électronique ou via votre espace assuré.

La cessation de la garantie entraîne votre radiation et celle de vos ayants droit. La radiation d'un des ayants droit au titre du contrat socle obligatoire entraîne sa radiation au titre du présent contrat à la même date.

Toute radiation est définitive sauf en cas de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage, PACS, concubinage, rupture de PACS, rupture de concubinage).»

5 conseils pour maîtriser mes dépenses de santé

Dans un univers de la santé où se soigner coûte de plus en plus cher, adopter certaines bonnes pratiques peut permettre de limiter vos dépenses sans négliger votre capital santé !

1/ Suivez le parcours de soins.

Pour une meilleure prise en charge de vos dépenses de santé, choisissez votre médecin traitant et consultez-le en priorité.

2/ Consultez des médecins signataires de l'OPTAM / DPTAM (Option/Dispositif Pratique Tarifaire Maîtrisée)

Pour bénéficier de dépassements d'honoraires encadrés et d'un meilleur remboursement (si votre contrat est « Responsable »), vérifiez si votre médecin est signataire de l'OPTAM sur l'annuaire santé du site Ameli.fr.

3/ Pensez à votre réseau de soins (si c'est inclus dans votre contrat)

Privilégiez les professionnels de santé partenaires pour bénéficier de nombreux avantages et de tarifs encadrés.

4/ Demandez plusieurs devis

Surtout pour l'optique et le dentaire. N'hésitez pas à faire jouer la concurrence et à négocier les prix. Ne donnez pas le montant de vos garanties : cela peut influencer la facturation de votre praticien.



5/ Votre conjoint bénéficie de sa propre mutuelle ?

Celle-ci doit intervenir en premier lieu dans le remboursement de ses soins.

Vos dépenses santé et celles de vos collègues impactent le contrat collectif santé mise en place par votre employeur.

Le maintien ou la baisse de vos cotisations dépend par conséquent du bon usage de ces pratiques.

Besoin d'informations complémentaires, nous nous engageons à vous accompagner et à vous aider à répondre aux questions que vous pourriez vous poser : services en ligne, santé et bien-être, démarches santé, tiers-payant... **Consultez régulièrement notre blog sur www.generation.fr pour bénéficier de toutes nos informations et / ou de nos conseils.**

Mes services Génération

Découvrez les nombreux services disponibles à tout moment pour gérer votre complémentaire santé en toute autonomie. Votre espace adhérent vous permet de réaliser la plupart de vos démarches

Bénéficiez de nombreux services pour éviter l'avance de frais et accélérer vos remboursements :

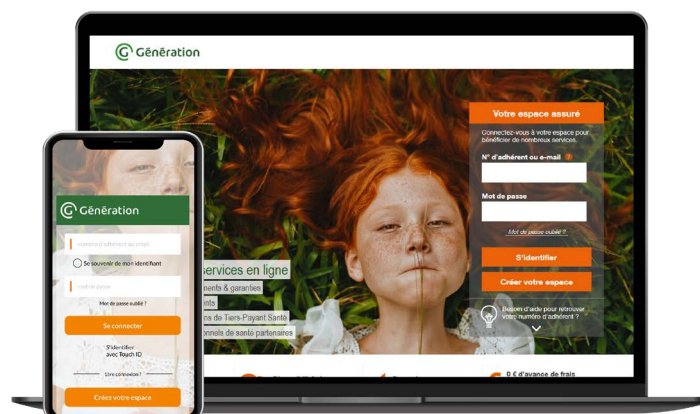
- Géolocalisez les professionnels de santé pratiquant le tiers-payant,
- Estimez vos remboursements suite à un devis,
- Demandez une prise en charge hospitalière,
- Envoyez vos justificatifs (ordonnance, facture, décompte...),
- Suivez vos demandes à tout moment et accédez à l'historique de vos échanges.

Consultez vos droits et réalisez l'ensemble de vos démarches en ligne :

- Consultez vos garanties,
- Modifiez vos coordonnées personnelles (adresse, e-mail, informations bancaires, téléphone...),
- Ajoutez ou retirez un bénéficiaire (en fonction des modalités prévues dans votre contrat),
- Modifiez votre télétransmission,
- Prolongez les droits de vos enfants ou vos droits en portabilité (ANI),
- Téléchargez, imprimez ou envoyez par e-mail votre attestation de Tiers-Payant Santé.

& Disposez de services et d'outils pratiques de prévention et d'information santé.

Rendez-vous sur
<https://assure.generation.fr>
ou sur l'appli mobile Génération.



Comment bénéficier du Tiers-Payant ?

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

- Si le professionnel de santé **pratique le tiers-payant, vous n'avez rien à régler**, comme c'est souvent le cas dans les pharmacies par exemple.
- Si le professionnel de santé **ne pratique pas le tiers-payant, il vous sera demandé d'avancer les frais**, c'est à dire de régler une part ou la totalité de la consultation comme souvent chez un médecin généraliste ou spécialiste.



Retrouvez et géolocalisez les professionnels de santé pratiquant le tiers-payant près de chez vous sur votre espace ou votre appli mobile, rubrique **Services en ligne / Trouver un professionnel de santé**.

...Et en cas d'hospitalisation ?

Pour vous éviter l'avance de frais, vous devez faire une demande de prise en charge hospitalière depuis votre espace assuré, **rubrique Aide et contact / Contacter Génération**. Nous vous délivrerons un **accord de prise en charge sous 24h**.

Votre attestation de tiers-payant disponible à tout moment !

Téléchargez, imprimez ou envoyez votre attestation de Tiers-Payant Santé.

Privilégiez la version numérique de votre attestation de tiers-payant. Elle vous dispense d'avance de frais sans contact et en toute sécurité.

Elle vous permet également de transmettre par e-mail votre attestation de tiers-payant aux professionnels de santé.

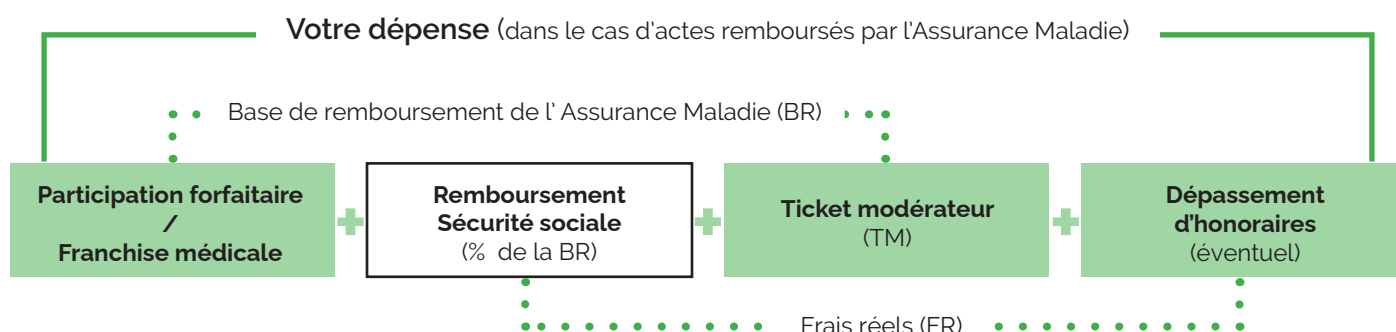


Pour télécharger votre attestation de Tiers-Payant Santé, rendez-vous sur votre espace ou votre appli mobile, rubrique **Contrat / Mon attestation de Tiers-Payant Santé**.

Le remboursement de mes dépenses de santé, comment ça marche ?

La Sécurité sociale vous rembourse un pourcentage de la Base de remboursement.

Génération intervient, après la Sécurité sociale, en remboursement du ticket modérateur et de l'éventuel dépassement d'honoraires, conformément aux dispositions contractuelles et réglementaires de votre contrat Frais de santé.



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 ! Votre décompte nous est envoyé automatiquement.

Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission

Votre bordereau de Sécurité sociale ne comporte pas de message : **vous devez récupérer ce bordereau sur ameli.fr et nous l'adresser.**

Le remboursement de mes dépenses de santé, comment ça marche ?

Quels justificatifs nous adresser ?

Certains soins nécessitent l'envoi d'un ou plusieurs justificatifs (décompte, ordonnance ou facture...) pour le remboursement de vos frais de santé.

Pensez à le(s) photographier avec votre smartphone afin de nous le(s) transmettre très facilement via votre espace assuré ou via l'appli mobile.

TYPE DE SOINS	JUSTIFICATIF(S) à adresser à Génération
Soins dentaires (parodontie, orthodontie refusée)	Facture
Prothèses auditives, grand appareillage	Facture
Médecine douce (ostéopathie, acupuncture...)	Facture
Optique (montures, lentilles, verres, kératotomie)	Ordonnance + Facture
Soins externes (actes réalisés en secteur hospitalier sans hospitalisation)	Avis des sommes à payer + Facture acquittée
Dépassements d'honoraires (en milieu hospitalier)	Avis des sommes à payer + Facture acquittée

Mes garanties (1/4)

[Document strictement commercial élaboré en vue d'avoir une visibilité globale sur l'ensemble des prestations dont bénéficieront les assurés à la suite de la souscription du contrat socle responsable et du contrat sur complémentaire non responsable.]
Les prestations s'entendent remboursements de l'Assurance maladie compris, sauf pour les forfaits exprimés en numéraire ou en pourcentage du PMSS ou indication expresse "Non pris en charge par l'AM".

Les garanties Base et Confort sont qualifiées de responsable conformément aux dispositions des articles L. 871-1 et R. 871-1 II du code de la sécurité sociale modifiés par la LFSS pour 2019 et du décret du 11 janvier 2019 visant notamment à garantir un accès sans reste à charge de certains soins ou équipements en optique, dentaire et audiologie. En tout état de cause, le contrat prend en charge le ticket modérateur dans les conditions fixées par l'article R. 871-1 II du code de la sécurité sociale.

Les garanties Renfort Hospi/Médecine et Renfort Dentaire ne sont pas responsables au sens des articles susvisés et fera l'objet d'un contrat distinct du régime Base conformément aux dispositions de la Circulaire DSS du 30 janvier 2015.

La garantie Renfort Hospi/Médecine est y compris sécurité sociale et en complément du Régime Base et Confort. La garantie Renfort Dentaire est en complément du Régime Confort exclusivement.

Toutes les prestations respectent les dispositions du contrat solidaire en application de la loi du 13 août 2004 : ainsi sont exclues la participation forfaitaire, les franchises et la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.

	ASSURANCE MALADIE	BASE	CONFORT	RENFORT HOSPI/ MEDECINE	RENFORT DENTAIRE
HOSPITALISATION					
Hospitalisation chirurgicale, médicale ou obstétricale					
Frais de séjour	80 % BR	100 % BR	200 % BR	-	-
Chambre particulière y compris en ambulatoire	Néant	1 % PMSS par jour	1,7 % PMSS par jour	-	-
Honoraires					
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	80 % BR	100 % BR	Médecin DPTM : 200 % BR Médecin non DPTM : 180 % BR	+ 50 % BR	-
Forfait sur les actes lourds	Néant	100 % FR	100 % FR	-	-
Forfait journalier hospitalier					
Forfait journalier hospitalier	Néant	100 % FR	100 % FR	-	-
Autres frais hospitaliers					
Frais d'accompagnant en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans assuré au contrat	Néant	1 % PMSS par jour	1 % PMSS par jour	-	-
Frais de transport	65 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
Maternité					
Forfait naissance (par enfant, doublé en cas de naissances multiples) sur production d'un acte de naissance et si affiliation de la mère	Néant	10 % PMSS	15 % PMSS	-	-
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Médecin généraliste	70 % BR	100 % BR	Médecin DPTM : 400 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin DPTM : + 200 % BR Médecin non DPTM : + 200 % BR	-
Médecin spécialiste	70 % BR	100 % BR	Médecin DPTM : 400 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin DPTM : + 200 % BR Médecin non DPTM : + 200 % BR	-
Actes techniques dispensés par le médecin	70 % BR	100 % BR	Médecin DPTM : 200 % BR Médecin non DPTM : 180 % BR	Médecin DPTM : + 200 % BR Médecin non DPTM : + 200 % BR	-
Actes de radiologie et échographie	70 % BR	100 % BR	Médecin DPTM : 200 % BR Médecin non DPTM : 180 % BR	Médecin DPTM : + 200 % BR Médecin non DPTM : + 200 % BR	-
Ostéodensitométrie	70 % BR	100 % BR	Médecin DPTM : 120 % BR Médecin non DPTM : 100 % BR	-	-
Honoraires paramédicaux					
Auxiliaires médicaux	60 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
Médicaments					
Pharmacie prise en charge par l'AM					
Médicaments à Service Médical Rendu important	65 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30 % BR				
Médicaments à Service Médical Rendu faible	15 % BR				
Autres soins courants					
Analyses et examens de laboratoire	60 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
Matériel médical	60 % BR	315 % BR	315 % BR	-	-

Mes garanties (2/4)

	ASSURANCE MALADIE	BASE	CONFORT	RENFORT HOSPI/ MEDECINE	RENFORT DENTAIRE
 DENTAIRE					
Soins					
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques	60 % BR	Voir la grille dentaire	Voir la grille dentaire	-	Voir la grille dentaire
Radiologie dentaire	70 % BR	Voir la grille dentaire	Voir la grille dentaire	-	Voir la grille dentaire
Soins non pris en charge par l'AM Voir liste en annexe	Néant	Voir la grille dentaire	Voir la grille dentaire	-	Voir la grille dentaire
Parodontologie non prise en charge par l'AM Voir liste en annexe	Néant	Voir la grille dentaire	Voir la grille dentaire	-	Voir la grille dentaire
Chirurgie non prise en charge par l'AM Voir liste en annexe	Néant	Voir la grille dentaire	Voir la grille dentaire	-	Voir la grille dentaire
Prothèses					
Plafond sur les prothèses dentaires et sur l'implantologie Au-delà du plafond, maintien du remboursement à 100% PLV - MR pour les actes 100% Santé et remboursement du TM + 25 % de la BR pour les autres actes	-	Voir la grille dentaire	Voir la grille dentaire	-	Voir la grille dentaire
Prothèses 100% santé*					
Prothèses fixes, amovibles, provisoires, inlays core	70 % BR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	-	-
Prothèses à tarifs maîtrisés limités à 100 % PLV - MR et à tarifs libres					
Prothèses fixes : couronnes et bridges	70 % BR	Voir la grille dentaire	Voir la grille dentaire	-	Voir la grille dentaire
Prothèses amovibles	70 % BR	Voir la grille dentaire	Voir la grille dentaire	-	Voir la grille dentaire
Couronnes provisoires	70 % BR	Voir la grille dentaire	Voir la grille dentaire	-	Voir la grille dentaire
Inlays core	70 % BR	Voir la grille dentaire	Voir la grille dentaire	-	Voir la grille dentaire
Inlays / onlays	70 % BR	Voir la grille dentaire	Voir la grille dentaire	-	Voir la grille dentaire
Implant intraosseux (racine) non pris en charge par l'AM, Bilan pré-implantaire non pris en charge par l'AM, Inlay core non pris en charge par l'AM, Bridge sur implant non pris en charge par l'AM, Prothèses non prises en charge par l'AM Voir liste en annexe	Néant	Voir la grille dentaire	Voir la grille dentaire	-	Voir la grille dentaire
Implantologie					
Couronne sur implant (acte à tarif libre)	Néant	Voir la grille dentaire	Voir la grille dentaire	-	Voir la grille dentaire
Plafond sur l'implantologie non prise en charge par l'AM	-	Voir la grille dentaire	Voir la grille dentaire	-	Voir la grille dentaire
Orthodontie					
Orthodontie (par semestre de soin)	70 % BR	Voir la grille dentaire	Voir grille dentaire	-	Voir la grille dentaire
Orthodontie non prise en charge par l'AM	Néant	Voir la grille dentaire	Voir grille dentaire	-	Voir la grille dentaire
 OPTIQUE					
Paire de lunettes					
Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement. A l'exception des cas mentionnés dans la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS notamment** pour les enfants de moins de 16 ans et les adultes de 16 ans et plus pour lesquels un renouvellement est prévu chaque année en cas de dégradation des performances oculaires d'au moins 0.5 sur un œil ou 0.25 sur les deux yeux. Pour un équipement qui associe deux verres appartenant à deux catégories différentes, le remboursement est égal à la moyenne des remboursements des deux catégories. Pour les assurés presbytes ne pouvant ou ne souhaitant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de près et un équipement pour la vision de loin toutes les périodes de 2 ans.					
Equipements 100% Santé*					
Monture, verres, suppléments et prestation optique	60 % BR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	-	-
Equipements à tarifs libres - Adulte / Enfant - Réseau / Hors Réseau					
Plafond sur les montures	60 % BR	Voir la grille optique	Voir la grille optique	-	-
Equipement unifocal simple (y compris monture) Classe A : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et 0 avec cylindre inférieur ou égal à 4, dont la sphère est positive avec la somme (sphère + cylindre) inférieure ou égale à 6	60 % BR	Voir la grille optique	Voir la grille optique	-	-
Equipement unifocal complexe (y compris monture) Classe C : verres unifocaux différents de la classe A	60 % BR	Voir la grille optique	Voir la grille optique	-	-
Equipement progressif complexe (y compris monture) Classe C progressif : verres multifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -4 et 4, sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8 et 0 avec cylindre inférieur ou égal à 4, sphéro-cylindrique dont la sphère est positive avec la somme (sphère + cylindre) inférieure ou égale à 8	60 % BR	Voir la grille optique	Voir la grille optique	-	-

Mes garanties (3/4)

	ASSURANCE MALADIE	BASE	CONFORT	RENFORT HOSPI/ MEDECINE	RENFORT DENTAIRE
🕒 OPTIQUE					
Equipelement progressif très complexe (y compris monture) Classe F : verres multifocaux différents de la classe C	60 % BR	Voir la grille optique	Voir la grille optique	-	-
Les suppléments et prestations optiques pris en charge par l'AM sont inclus dans les plafonds indiqués ci-dessus.					
Lentilles cornéennes					
Prises en charge par l'AM, par paire	60 % BR	Voir la grille optique	Voir la grille optique	-	-
Non prises en charge par l'AM, par bénéficiaire, y compris jetables	Néant	Voir la grille optique	Voir la grille optique	-	-
Chirurgie réfractive	Néant	Voir la grille optique	Voir la grille optique	-	-
👂 AIDES AUDITIVES					
Le renouvellement de la prise en charge ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.					
Equipements 100% Santé*					
Aides auditives	60 % BR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	-	-
Equipements à tarifs libres					
Aides auditives jusqu'à 21 ans	60 % BR	315 % BR limité à 1 700 € - MR par oreille	315 % BR limité à 1 700 € - MR par oreille	-	-
Aides auditives plus de 21 ans	60 % BR	315 % BR limité à 1 700 € - MR par oreille	315 % BR limité à 1 700 € - MR par oreille	-	-
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	60 % BR	315 % BR	315 % BR	-	-
🏠 CURES					
Cures thermales, frais engagés plafonnés par année civile (frais de surveillance, hébergement et transport pris en charge par l'AM)	65 % BR	10 % PMSS	10 % PMSS	-	-
Consultation d'un médecin non NPTM	65 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
🩺 PRÉVENTION PRISE EN CHARGE OU NON PAR L'AM					
Vaccin Hépatie A	70 % BR	13,72 €	13,72 €	-	-
Vaccin antigrippe	70 % BR	9,15 €	9,15 €	-	-
Vaccin DTP, Rubéole	65 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
Vaccins prescrits pris en charge par l'AM	65 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
Vaccins prescrits non pris en charge par l'AM	Néant	-	6 % PMSS par année et par bénéficiaire	-	-
Pack Bien Etre : Chiropracteur, Acupuncteur, Pédicure, Homéopathie, Sophrologie, Moyen contraceptifs prescrits non remboursés	Néant	-	100 € par année et par bénéficiaire	-	-
Ostéopathe	Néant	40 € par séance limité à 2 séances par année et par bénéficiaire	40 € par séance limité à 3 séances par année et par bénéficiaire	-	-
Sevrage tabagique prescrit	Néant	30 € par an et par bénéficiaire	30 € par an et par bénéficiaire	-	-
Médicaments homéopathiques refusés mais prescrits	Néant	60 € par an et par bénéficiaire	60 € par an et par bénéficiaire	-	-
Séance d'activité physique adaptée, sur prescription médicale	Néant	200 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire	-	-
Connecteur Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres	Néant	100 € par an et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire	-	-

Mes garanties (4/4)

	ASSURANCE MALADIE	BASE	CONFORT	RENFORT HOSPI/ MEDECINE	RENFORT DENTAIRE
 PRÉVENTION PRISE EN CHARGE OU NON PAR L'AM					
Tout acte de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale dont : 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 : a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002)	60 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
 GARANTIE OBSÈQUES					
Salariés et ayant droit affiliés au contrat	Néant	50 % PMSS	50 % PMSS	-	-
 SERVICES (POUR PLUS D'INFORMATIONS, RENDEZ-VOUS AUX PAGES SUIVANTES !)					
Bien-être et prévention : - Le bien-être au quotidien : My easy santé - Accompagnement de l'entreprise en matière de santé et de sécurité au Travail					
Santé au quotidien : - La téléconsultation - L'Assistant Personnel de Santé					
Accompagnement dans les moments difficiles : - Pour préparer son hospitalisation : Hospiway					

* tels que définis réglementairement.

** Article qui renvoie à la liste prévue par l'Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associés pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste des produits et prestations remboursés prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (§ VIII qui vise les cas de renouvellements anticipés).

Lexique

AM : Assurance Maladie

BR : Base de Remboursement de l'Assurance Maladie

BR-MR : Base de Remboursement de l'Assurance Maladie sous

déduction du Montant Remboursé par l'Assurance Maladie

BRR : Base de Remboursement Reconstituée

DPTM : le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée est applicable à

l'ensemble des spécialités de médecins. Il s'agit d'un engagement du médecin envers l'Assurance Maladie, visant à encadrer la prise en charge des dépassements d'honoraires. Ce dispositif recouvre le C.A.S (Contrat d'accès aux soins), l'OPTAM ET l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) (CO pour chirurgie et obstétrique).

FR : Frais réels

FR-MR : Frais Réels sous déduction du Montant Remboursé par l'Assurance Maladie

HLF : Honoraires Limites de Facturation

PLV : Prix Limite de Vente

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

TM : Ticket Modérateur

Mes garanties Optique (1/3)

SANTÉCLAIRmon repère santé		GARANTIE OPTIQUE - PAC - BASE NON CADRES			
		DANS LE RÉSEAU SANTÉCLAIR		HORS RÉSEAU SANTÉCLAIR garantie par verre (RO inclus)	
Niveau de défaut visuel		0 € de reste à charge sur le catalogue de tous les verres des 4 verriers de marque sélectionnés par Santéclair pour des verres amincis (selon défaut de vision ci-dessous) et anti rayures, anti UV, antireflets :		Adulte	Enfant
Verre UNIFOCAL Classe B	NIVEAU 101 - 201 – VERRE SIMPLE	indice 1,5	Exclusions : - Traitement anti UV: hors matériau d'absorption - Traitement antireflet de dernière génération - Traitement lumière bleue - Verres avec technologie de soulagement de l'accommodation	15 €	30 €
	NIVEAU 102 - 202 – VERRE SIMPLE	indice jusqu'à 1,59		38 €	34 €
	NIVEAU 103 - 203 – VERRE COMPLEXE	indice jusqu'à 1,67		70 €	80 €
	NIVEAU 104 - 204 – VERRE COMPLEXE	indice jusqu'à 1,74		96 €	90 €
Verre MULTIFOCAL Classe B	NIVEAU 111 - 204 – VERRE COMPLEXE	indice 1,5	Exclusions : - Traitement anti UV: hors matériau d'absorption - Traitement antireflet de dernière génération - Traitement lumière bleue - Verres progressifs individualisés avec prises de mesure spécifiques	70 €	90 €
	NIVEAU 112 - 204 – VERRE COMPLEXE	indice jusqu'à 1,59		144 €	90 €
	NIVEAU 113 - 204 – VERRE TRÈS COMPLEXE	indice jusqu'à 1,67		182 €	90 €
	NIVEAU 114 - 204 – VERRE TRÈS COMPLEXE	indice jusqu'à 1,74		186 €	90 €
MONTURE CLASSE B ADULTE ET ENFANT à partir de 16 ans (RO inclus)		70 €			
MONTURE CLASSE B enfant de 0 à 15 ans (RO inclus)		50 €			
ADULTES uniquement: Supplément garantie: teinte, photochromique (sur production d'une facture acquittée et détaillée)		5 € / verre			
Prestations d'adaptation, filtres et suppléments optiques		0€ de reste à charge		100% BRSS	
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité Sociale		ticket modérateur pour les lentilles acceptées			
Chirurgie réfractive de l'œil (opération de la myopie, de l'astigmatisme ou de l'hypermétropie)		200 € par œil et par bénéficiaire			
		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 (dont 30€ maximum pour la monture)		OFFRECLAIR Équipement avec monture Origine France Garantie (choix de 80 montures) et 2 verres de marques amincis (selon le besoin de correction visuelle) anti-rayures et anti-reflets disponible chez tous les opticiens partenaire Santéclair		Équipement au choix de l'opticien (choix de 54 montures)	

* 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

* 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

Mes garanties Optique (2/3)

SANTÉclair mon repère santé		GARANTIE OPTIQUE - PAC - CONFORT ET RENFORT NON CADRES		
	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)	
			Adulte	Enfant
Verre UNIFOCAL Classe B	NIVEAU 101 - 201 – VERRE SIMPLE	O€ de reste à charge sur tous les verres et traitements SAUF TEINTE ET PHOTOCHROMIE	60 €	45 €
	NIVEAU 102 - 202 – VERRE SIMPLE		85 €	75 €
	NIVEAU 103 - 203 – VERRE COMPLEXE		110 €	90 €
	NIVEAU 104 - 204 – VERRE COMPLEXE		190 €	120 €
Verre MULTIFOCAL Classe B	NIVEAU 111 - 204 – VERRE COMPLEXE		150 €	120 €
	NIVEAU 112 - 204 – VERRE COMPLEXE		190 €	120 €
	NIVEAU 113 - 204 – VERRE TRÈS COMPLEXE		230 €	120 €
	NIVEAU 114 - 204 – VERRE TRÈS COMPLEXE		280 €	120 €
MONTURE CLASSE B ADULTE ET ENFANT (RO inclus)		100 €		
ADULTES uniquement: Supplément garantie: teinte, photochromique (sur production d'une facture acquittée et détaillée)		5€ /verre		
Prestations d'adaptation, filtres et suppléments optiques		0€ de reste à charge	100% BRSS	
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité Sociale		250 € par an (y compris les produits d'entretien) Au-delà du forfait: ticket modérateur pour les lentilles acceptées		
Chirurgie réfractive de l'œil (opération de la myopie, de l'astigmatisme ou de l'hypermétropie)		350 € par œil et par bénéficiaire		
		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 (dont 30€ maximum pour la monture)		OFFREclair Équipement avec monture Origine France Garantie (choix de 80 montures) et 2 verres de marques amincis (selon le besoin de correction visuelle) anti-rayures et anti-reflets disponible chez tous les opticiens partenaire Santéclair		
		Équipement au choix de l'opticien (choix de 54 montures)		

* 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

Mes garanties Optique (3/3)

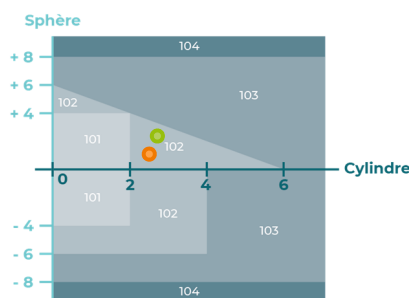


CORRESPONDANCE DES NIVEAUX DE DÉFAUTS VISUELS 2020

	Puissance	Niveau Santéclair	Correspondance niveau ANI et contrat responsable
Verres UNIFOCALX Adulte & Enfant	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	NIVEAU 101 - 201	SIMPLE
	Sphère de -6 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 Sphère de -6 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 Sphère de +4,25 à +6 et cylindre de 0 à 2 et $S+C \leq 6$ Sphère de 0 à +4 et cylindre de 2,25 à 6 et $S+C \leq 6$	NIVEAU 102 - 202	
	Sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4 Sphère de -8 à 0 et cylindre $\geq 4,25$ Sphère de 0 à +8 et $S+C > 6$	NIVEAU 103 - 203	COMPLEXE
	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre	NIVEAU 104 - 204	
Verres MULTIFOCALX Adulte & Enfant	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	NIVEAU 111 - 204	COMPLEXE
	Sphère de -8 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 Sphère de -8 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 Sphère de +4,25 à +8 et cylindre de 0 à 2 et $S+C \leq 8$ Sphère de 0 à +5,75 et cylindre de 2,25 à 8 et $S+C \leq 8$	NIVEAU 112* - 204	
	Sphère de -8 à 0 et cylindre $\geq 4,25$ Sphère de 0 à +8 et $S+C > 8$	NIVEAU 113 - 204	TRÈS COMPLEXE
	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre	NIVEAU 114 - 204	

* Les plages de sphères de $\pm 4,25$ 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

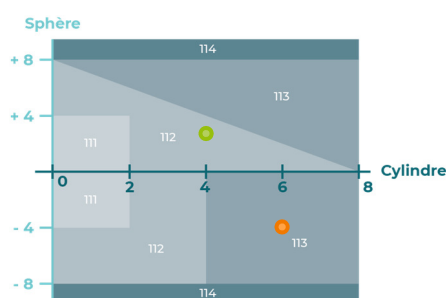
VERRES UNIFOCALX



Exemple : Valentin , 25 ans,
a une nouvelle ordonnance
présentant les corrections
visuelles suivantes:

- OD :Sphère de +1,50 et cylindre de 2,25
- OG: Sphère de +3 et cylindre de 2,5

VERRES MULTIFOCALX



Exemple : Charlie , 52 ans,
a une nouvelle ordonnance
présentant les corrections
visuelles suivantes:

- OD :Sphère de -4 et cylindre de 6 add 2
- OG: Sphère de +3 et cylindre de 4 add 2

Mes garanties Dentaire (1/4)

SANTÉCLAIR MOINS 100€-50€ SANTÉ		GARANTIES DENTAIRE - PAC - NON CADRES BASE		
	A	B	C	
	Prise en charge dans le cadre du panier 100% Santé selon matériau	Garanties régime obligatoire inclus dans la limite de € Panier tarif libre et panier à reste à charge modéré	BONUS DANS LE RÉSEAU santéclair tout matériau	Cette garantie (B+C) vous permet de bénéficier auprès des partenaires du réseau Santéclair de:
Soins dentaires pris en charge par le RO	-	100% BRSS	-	
Inlay / Onlay	-	100% BRSS	-	
Couronne ou inter de bridge pris en charge par le RO sur Incisives, Canines, 1ère Prémolaire	0€ de reste à charge sur tout matériau sauf couronne céramo-céramique	395 €	-	
Couronne ou inter de bridge pris en charge par le RO sur la 2nde Prémolaire	0€ de reste à charge sur couronne métal et couronne zircone	215 €	+ 100 €	
Couronne ou inter de bridge pris en charge par le RO sur les Molaires	0€ de reste à charge sur couronne métal	215 €	+ 50 €	
Inlay Core pris en charge par le RO	0€ de reste à charge si couronne du panier 100% santé	103 €	+ 20€	
Bridge 3 éléments pris en charge par le RO	0€ de reste à charge sur bridge en métal et sur bridge céramo-metallique dont l'inter est une incisive	768 €	+ 100 €	
Couronne Transitoire	0€ de reste à charge si couronne du panier 100% santé	37 €	+ 10 €	
Appareil amovible pris en charge par le RO	0€ de reste à charge sur appareil amovible en résine à partir de 2021	70 % BRSS + 400 €	+ 200 €	
Autres prothèses dentaires prises en charge par le RO	-	240% BRSS	-	
Dans la limite d'un plafond annuel de 1000€ par bénéficiaire (hors soins dentaires et hors actes pris dans le cadre du panier 100% Santé). Au-delà de ce plafond, prothèses remboursées à 125% de la BR				
Renouvellement des scellements de sillons pour les enfants de 6 à 14 ans	-	100% BRSS	-	Aucun reste à charge dans le réseau spécialisé en implantologie dentaire 
Couronne sur implant	-	395 €	+ 105 €	
Orthodontie prise en charge par le RO	-	449 € par semestre actif	-	
		252 € par année de contention		
		270% BRSS pour les autres actes (diagnostic, empreintes...)		

Mes garanties Dentaire (2/4)

 GARANTIES DENTAIRE - PAC - NON CADRES CONFORT				
	A	B	C	
	Prise en charge dans le cadre du panier 100% Santé selon matériau	Garanties régime obligatoire inclus dans la limite de € Panier tarif libre et panier à reste à charge modéré	BONUS DANS LE RÉSEAU santéclair tout matériau	Cette garantie (B+C) vous permet de bénéficier auprès des partenaires du réseau Santéclair de:
Soins dentaires pris en charge par le RO	-	100% BRSS	-	
Inlay / Onlay	-	150 €	+ 200	A partir du 1er janvier 2021 Aucun reste à charge sur Inlay Onlay en composite du panier à charge modéré dans le réseau dentaire Santéclair 
Couronne ou inter de bridge pris en charge par le RO sur incisives, Canines, 1ère Prémolaire	0€ de reste à charge sur tout matériau sauf couronne céramo-céramique	395 €	+ 100 €	
Couronne ou inter de bridge pris en charge par le RO sur la 2nde Prémolaire	0€ de reste à charge sur couronne métal et couronne zircone	395 €	+ 150 €	
Couronne ou inter de bridge pris en charge par le RO sur les Molaire	0€ de reste à charge sur couronne métal	210 €	+ 230 €	Aucun reste à charge sur couronne en zircone du panier modéré dans le réseau dentaire Santéclair 
Inlay Core pris en charge par le RO	0€ de reste à charge si couronne du panier 100% santé	128 €	+ 47€	Aucun reste à charge sur inlay core du panier modéré dans le réseau dentaire Santéclair 
Bridge 3 éléments pris en charge par le RO	0€ de reste à charge sur bridge en métal et sur bridge céramo-métallique dont l'inter est une incisive	768 €	+ 200 €	
Couronne Transitoire	0€ de reste à charge si couronne du panier 100% santé	37 €	+ 23 €	Aucun reste à charge sur toute couronne transitoire dans le réseau dentaire Santéclair 
Appareil amovible pris en charge par le RO	0€ de reste à charge sur appareil amovible en résine à partir de 2021	70 % BRSS + 620 €	+ 200 €	
Autres prothèses dentaires prises en charge par le RO	-	290 % BRSS	-	
Dans la limite d'un plafond annuel de 3 000€ par bénéficiaire (hors soins dentaires et hors actes pris dans le cadre du panier 100% Santé). Au-delà de ce plafond, prothèses remboursées à 125% de la BR				
Vernis fluoré par dent	-	5 € par dent	-	
Test salivaire	-	70 €	-	
Examen de prévention pour les enfants de 6 à 14 ans		100% BRSS		
Renouvellement des scellements de sillons pour les enfants de 6 à 14 ans	-	100% BRSS	-	
Parodontologie (forfait par an et par bénéficiaire)	-	250 €	-	
Couronne sur implant	-	395 €	+ 105 €	Aucun reste à charge dans le réseau spécialisé en implantologie dentaire (couronne céramique en métal non précieux sur implant et d'un pilier standard en métal) 
Implant racine (max 2 par an)	-	300 €	+ 300 €	
Pilier implantaire (max 2 par an)	-	200 €	-	
Orthodontie prise en charge par le RO	-	794 € par semestre actif	-	
		272 € par année de contention		
		320% BRSS pour les autres actes (diagnostic, empreintes...)		
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	400€ / semestre	-	

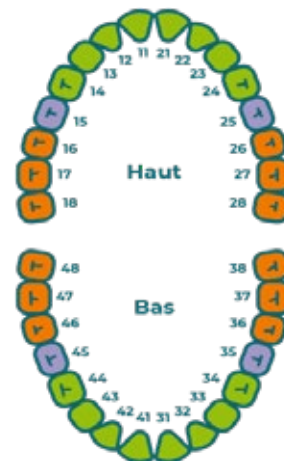
Mes garanties Dentaire (3/4)

 GARANTIES DENTAIRE - PAC - NON CADRES CONFORT + RENFORT				
	A	B	C	
	Prise en charge dans le cadre du panier 100% Santé selon matériau	Garanties régime obligatoire inclus dans la limite de € Panier tarif libre et panier à reste à charge modéré	BONUS DANS LE RÉSEAU santéclair tout matériau	Cette garantie (B+C) vous permet de bénéficier auprès des partenaires du réseau Santéclair de:
Soins dentaires pris en charge par le RO	-	100% BRSS	-	
Inlay / Onlay	-	300 €	+ 80€	Aucun reste à charge sur Inlay Onlay en céramique dans le réseau dentaire Santéclair 
Couronne ou inter de bridge pris en charge par le RO sur Incisives, Canines, 1ère Prémolaire	0€ de reste à charge sur tout matériau sauf couronne céramo-céramique	485 €	+ 135 €	Aucun reste à charge sur couronne céramo-céramique dans le réseau dentaire Santéclair 
Couronne ou inter de bridge pris en charge par le RO sur la 2nde Prémolaire	0€ de reste à charge sur couronne métal et couronne zircone	485 €	+ 65€	Aucun reste à charge sur couronne céramique monolithique sans zircone sur la 2ème prémolaire dans le réseau dentaire Santéclair 
Couronne ou inter de bridge pris en charge par le RO sur les Molaïres	0€ de reste à charge sur couronne métal	300 €	+ 250 €	Aucun reste à charge sur couronne céramique monolithique sans zircone sur les molaïres dans le réseau dentaire Santéclair 
Inlay Core pris en charge par le RO	0€ de reste à charge si couronne du panier 100% santé	168 €	+ 62 €	Aucun reste à charge sur tous inlay core (sauf céramisé) dans le réseau dentaire Santéclair 
Bridge 3 éléments pris en charge par le RO	0€ de reste à charge sur bridge en métal et sur bridge céramo-metallique dont l'inter est une incisive	1 340 €	+ 300 €	
Couronne Transitoire	0€ de reste à charge si couronne du panier 100% santé	47 €	+ 13 €	Aucun reste à charge sur toute couronne transitoire dans le réseau dentaire Santéclair 
Appareil amovible pris en charge par le RO	0€ de reste à charge sur appareil amovible en résine à partir de 2021	70 % BRSS + 620 €	+ 200 €	
Autres prothèses dentaires prises en charge par le RO	-	340% BRSS	-	
Dans la limite d'un plafond annuel de 3500€ par bénéficiaire (hors soins dentaires et hors actes pris dans le cadre du panier 100% Santé). Au-delà de ce plafond, prothèses remboursées à 125% de la BR				
Vernis fluoré par dent	-	5 € par dent	-	
Test salivaire	-	80 €	-	
Examen de prévention pour les enfants de 6 à 14 ans		100% BRSS		
Renouvellement des scellements de sillons pour les enfants de 6 à 14 ans	-	100% BRSS	-	
Parodontologie (forfait par an et par bénéficiaire)	-	600 €	-	
Couronne sur implant	-	485 €	+ 115 €	Aucun reste à charge réseau dentaire Santéclair et le réseau Santéclair spécialisé en implantologie dentaire 
Implant racine (max 2 par an)	-	500 €	+ 300 €	
Pilier implantaire (max 2 par an)	-	400 €	-	
Orthodontie prise en charge par le RO	-	844 € par semestre actif	-	
		427 € par année de contention		
		370% BRSS pour les autres actes (diagnostic, empreintes...)		
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	650€ / semestre	-	

Mes garanties Dentaire (4/4)

Les différents paniers de soins du 100% santé

EXEMPLES POUR LES COURONNES	Incisives à 1 ^{ère} prémolaire	2 ^{ème} prémolaire	Molaires
Métallique			
Monolithique zircon			
Monolithique non zircon			
Céramo métallique			
Céramo céramique			
Couronne sur implant			



- **Le panier « 100% santé »** avec des soins intégralement pris en charge par la Sécurité sociale et votre complémentaire santé sur certaines prothèses dentaires : couronnes*, bridges* et appareils amovibles en résine (voir colonne (A) du tableau de garanties ci-contre).
> votre dentiste devra respecter les tarifs encadrés appelés « honoraires limites de facturation » (HLF).



- **Le panier « reste à charge modéré »** avec des tarifs plafonnés sur certaines prothèses dentaires (couronnes et bridges*), les inlay-onlay en métal ou composite et les stellites.
> votre dentiste devra également respecter des tarifs encadrés. Votre reste à charge dépendra de vos garanties détaillées en colonne (B) .



- **Le panier « tarifs libres »** sur les prothèses en céramique, les inlay-onlay en céramique, les implants et prothèses sur implant, la parodontie, l'orthodontie, les actes esthétiques(ex : blanchiment).
> votre dentiste fixe librement ses honoraires. Votre reste à charge dépendra de vos garanties détaillées en colonne (B) .

***IMPORTANT :** dans le cadre de la réforme, les remboursements (Sécurité sociale et complémentaire santé) sont conditionnés en fonction de la position de la dent (visible ou non visible) et du matériau utilisé.



Panier Santclair: prise en charge intégrale dans le réseau indiqué

Mes cotisations

Non Cadre	PARIS AIR CATERING - Cotisations Régimes Frais de santé NON CADRE au 01/01/2022			
2022	REGIME DE BASE (SERENITE)	REGIME CONFORT (ESSENTIEL)	RENFORT HOSPI / MEDECINE	RENFORT DENTAIRE
			EN PLUS DU REGIME BASE OU CONFORT	EN PLUS DU REGIME CONFORT
Isolé	56,34 €	95,50 €	18,14 €	21,34 €
Duo	67,93 €	128,69 €		
Famille	95,88 €	190,67 €		

Non Cadre	PARIS AIR CATERING - Cotisations Régimes Frais de santé RETRAITE NON CADRE au 01/01/2022			
2022	REGIME DE BASE (SERENITE)	REGIME CONFORT (ESSENTIEL)	RENFORT HOSPI / MEDECINE	RENFORT DENTAIRE
			EN PLUS DU REGIME BASE OU CONFORT	EN PLUS DU REGIME CONFORT
Isolé	84,50 €	143,24 €	26,68 €	32,01 €
Duo	101,89 €	193,04 €		
Famille	143,82 €	286,23 €		

Mon réseau de soins

Inclus et proposé par votre contrat, vous disposez du réseau de soins



Qu'est-ce que cela signifie ?

Si vous vous rendez chez un professionnel de santé partenaire **Santéclair**, vous profitez de tarifs négociés, de services d'accompagnement, de garanties complémentaires et surtout vous évitez l'avance de frais facilement via votre espace assuré ou via l'appli mobile.

SANTÉ : POUR Y VOIR PLUS CLAIR

De nombreux services pour vous aider à optimiser vos choix santé

SÉLECTIONNER



Trouvez les professionnels recommandés ou les meilleurs établissements de santé.

Opticiens, dentistes, audioprothésistes

Prise de rendez-vous avec les médecins ou paramédicaux (sophrologues, naturopathes....)

Classement des hôpitaux⁽¹⁾

Mise en relation avec une infirmière à domicile⁽¹⁾

DÉPENSER MOINS



Bénéficiez d'offres préférentielles et identifiez les économies potentielles.

Tarifs négociés avec nos partenaires opticiens, dentistes, audio

Analyse de devis : optique, dentaire, audio et hospitalisation

Calcul du Reste à Charge

ÊTRE CONSEILLÉ



Bénéficiez de notre expertise pour être accompagné dans votre parcours de santé.

Conseils en automédication

Téléconsultation⁽¹⁾⁽²⁾

Deuxième avis médical⁽¹⁾

Coaching sommeil, nutrition, sportif⁽¹⁾

Service d'analyse de symptômes et d'orientation⁽²⁾

POUR ACCÉDER À CES SERVICES, CONNECTEZ-VOUS À MYSANTÉCLAIR DEPUIS VOTRE ESPACE ET LAISSEZ-VOUS GUIDER POUR ACCÉDER À L'APPLICATION MYSANTÉCLAIR.



Depuis votre smartphone avec l'appli

OU



Depuis votre ordinateur

Pour une première connexion, accédez à MySantéclair depuis l'espace client de votre complémentaire santé, créez votre compte et laissez-vous guider pour accéder à l'appli MySantéclair.

Accédez à MySantéclair depuis l'espace client de votre complémentaire santé !

Annexes (1/6)

Angel

Vous n'êtes jamais seul

Nous avons tous des questions importantes sur notre santé et celle de nos proches.

Une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmières, assistantes sociales, ...) vous répond en toute circonstance et en toute confidentialité.

Elle vous conseille, facilite vos démarches et vous trouve des solutions adaptées.



Angel
...+



Des réponses à toutes les questions santé

L'équipe Angel répond à vos interrogations médicales, sociales ou en lien avec votre contrat santé.



Une équipe pluridisciplinaire

Infirmiers, médecins, conseillers services en santé, chargés de clientèle, conseillers en Economie Sociale et Familiale, diététiciens, psychologues



Un échange illimité en toute confidentialité

Échangez directement et autant de fois que souhaité avec l'équipe Angel. Les données sont protégées par le secret médical



Un accès par chat ou téléphone

Ce service est accessible par chat via angel.fr ou par téléphone depuis la France au 3633 (coût d'un appel local) OU depuis l'étranger au +33 1 55 92 27 54.

Annexes (2/6)

My Easy Santé

Préserver sa forme et sa santé

Une application pour préserver et améliorer sa santé au quotidien.

Les partenaires
de My Easy Santé



De précieux conseils

Âge santé, stress, mal de dos, insomnie, estime de soi, alcool, tabac... Découvrez des tests, articles et conseils pour rester en pleine forme !



Des vidéos pour votre forme et bien-être

Bénéficiez de vidéos d'entraînement sportif avec une coach pour aider à rester en forme et de vidéos Yogiste pour vous aider à vous détendre.



Des programmes de coaching

Bénéficiez de programmes de coaching sélectionnés par des médecins pour leur efficacité : nutrition, sommeil, méditation, ... (gratuits ou à tarifs négociés).



Des défis santé pour se motiver

Challengez-vous avec les défis santé ! Cumulez des points en atteignant vos objectifs et gagnez des cadeaux pour récompenser vos efforts.



Un accès à vos services santé

Vous avez une question santé ? Vous souhaitez contacter un médecin ? Accédez au service inclus dans votre complémentaire santé via votre application My Easy Santé.

Annexes (3/6)

Téléconsultation médicale

Appelez un médecin 24/7



Grâce à la Télésconsultation médicale, appelez un médecin de jour comme de nuit.

Comment y accéder ?

 Par téléphone au **3633** en France (coût d'un appel local)

 Depuis l'étranger au **+33 1 55 92 27 54**

 ou par vidéo sur **angel.fr**



Vos ordonnances en ligne

Pratique et efficace, vos ordonnances sont disponibles en ligne sur **angel.fr** ou envoyées à la pharmacie de votre choix.



Un plateau médical disponible 24h/24, 7j/7

Des médecins généralistes et des spécialistes sur rendez-vous (dermatologues, gynécologues, ORL etc...). En cas d'urgence, votre appel est transféré vers le SAMU local.



Visioconférence via angel.fr

Echangez avec un médecin par vidéo, enrichissez votre dossier médical, accédez à votre historique d'appel et récupérez vos ordonnances.



Secret médical garanti

L'entretien est protégé par le secret médical.



Annexes (4/6)



Hospiway

Être conseillé en cas d'hospitalisation

Préparez votre hospitalisation ou celle d'un proche.

- ✓ Retrouvez des conseils pratiques pour préparer votre hospitalisation, choisir votre établissement, évaluer les dépassements d'honoraires et les frais associés (chambre particulière, prise en charge,...)
- ✓ Facilement accessible à tout moment sur ordinateur, tablette et téléphone portable



Palmarès des hôpitaux et cliniques*

- Comparez les établissements de santé
- Choisissez votre lieu d'hospitalisation grâce à des informations complètes

Analyse tarifaire et dépassements d'honoraires

- Évaluez votre devis par rapport aux prix du marché
- Obtenez un avis sur le dépassement d'honoraires et abordez le sujet financier plus facilement avec votre chirurgien

Check-list

Trouvez des informations adaptées pour préparer votre hospitalisation

Établissements spécialisés en cancérologie

Bénéficiez d'un second avis médical au sein des 18 centres de lutte contre le cancer référencés par Unicancer

* Données de santé extraites du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations (PMSI)

Annexes (5/6)

Désignation de bénéficiaires en ligne

Désigner facilement les bénéficiaires de l'assurance décès

Il n'est jamais trop tôt pour anticiper certains événements de la vie. Couverts par un contrat de Prévoyance obligatoire Uniprévoyance vous bénéficiez d'un service pour désigner le(s) bénéficiaire(s) de votre choix pour le versement d'un capital en cas de décès.



Rapide et simple

Accédez directement à ce service via dbuniprevoyance.ugipsgestion.fr

Sécurisé et confidentiel

3 points de contrôle : une adresse mail professionnelle, un lien de connexion à durée de validité courte et une signature électronique par SMS

Personnalisable

4 choix de désignations possibles : - désignation contractuelle
- désignation spécifique - désignation personnalisable
- désignation par acte notarié

Actualisable

Une désignation de bénéficiaires réalisable à tout moment

Intuitif

Une démarche simple, pas à pas, grâce à un accès internet, un téléphone portable et une adresse email professionnelle

Comment y accéder ?



Via dbuniprevoyance.ugipsgestion.fr

Annexes (6/6)

Fonds Social

Être aidé

Grâce à votre contrat, bénéficiez d'aides financières en cas de dépenses importantes liées à la santé et au handicap. Vous pouvez demander une participation à la prise en charge de dépenses exceptionnelles, pour vous ou pour un membre de votre famille.



Les interventions de la commission sociale concernent en particulier l'aide au financement :

- des frais d'optique, dentaire ou hospitalier,
- des séances de psychothérapie ou de psychomotricité,
- d'aide à domicile, à la suite d'une maladie ou d'une intervention chirurgicale

La commission porte, en outre, une attention particulière aux demandes liées au handicap, telles que le financement de travaux liés à l'aménagement du domicile ou encore aux dépenses dans le cadre d'appareillages spécialisés.

Comment y accéder ?



Demandez le dossier à compléter, par courrier ou téléchargez-le sur le site internet www.uniprevoyance.fr

Mes échanges avec Génération

Vous pouvez gérer votre contrat où, quand et comme vous le souhaitez avec nos services en ligne ou échanger directement avec nous lorsque vous en avez besoin.



Web et mobile

De nombreux services en ligne pour gérer votre contrat en toute indépendance sur notre site web ou sur l'appli mobile Génération
www.generation.fr



Accueil téléphonique 24h/24 & 7j/7

02 98 51 38 00 (appel non surtaxé)

- **Gwen, notre assistante virtuelle**, vous accompagne dans vos démarches 24h/24 et 7j/7 sans délai d'attente
- **Une équipe de conseillers experts*** reste disponible pour toute demande spécifique du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

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



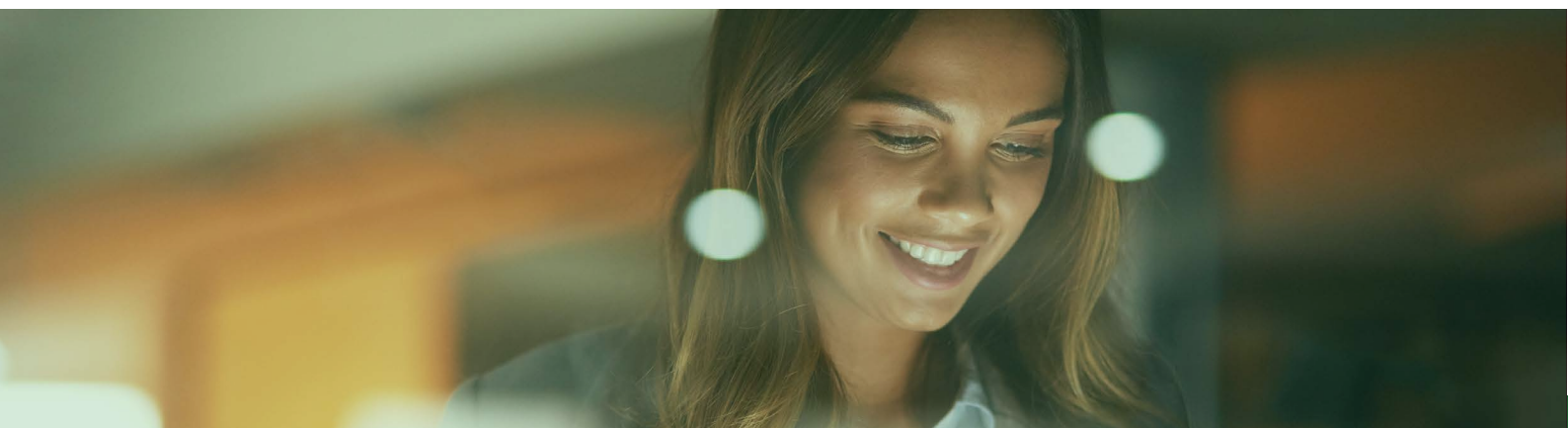
Adresse postale

Génération
29080 QUIMPER Cedex 09



Génération TV

www.youtube.com/c/GenerationTV





Experts et bienveillants, nous sommes engagés à vos côtés
pour vous rendre la gestion de la santé **plus simple**.

SAS AU CAPITAL DE 102.766,40 € - SIEGE SOCIAL : 12 BIS RUE DE KEROGAN 29080 QUIMPER Cedex 9
RCS QUIMPER B 410 069 066 - CODE APE : 6622 Z - N° de TVA Intracommunautaire : FR 54 410 069 066
N° ORIAS : 07 000 842 / www.orias.fr
Relevant du contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 Place de Budapest
CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09