

THERADIAL TERRE INVEST

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ENSEMBLE DU PERSONNEL

1^{er} janvier 2020



Tél : 01 40 72 65 00
Fax : 01 45 04 17 77
ma@valentinassocies.com
sa@valentinassocies.com

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Les remboursements sont exprimés en complément des prestations versées par la Sécurité Sociale dans la limite des frais réels.

ACTES	REGIME DE BASE OBLIGATOIRE et RESPONSABLE		OPTION FACULTATIVE et NON RESPONSABLE	
	conventionné	non conventionné	conventionné	non conventionné
HOSPITALISATION Médicale ou chirurgicale (hors maternité)				
Honoraires (soins examens et actes)				
Médecin signataire du DPTAM	100 % FR-MR	90 % FR-MR	100 % FR	90 % FR
Médecin non signataire du DPTAM	TM + 100 % BR			
frais de séjour	100 % FR-MR	90 % FR-MR	-	-
Forfait hospitalier	pris en charge intégralement		-	-
Chambre particulière (hors maternité)	100% FR dans la limite de 4 % du PMSS par jour	90% FR dans la limite de 4 % du PMSS par jour	-	-
Lit accompagnant	100% FR dans la limite de 2 % du PMSS par jour plafond : 30 jours/an/bénéficiaire	90% FR dans la limite de 2 % du PMSS par jour plafond : 30 jours/an/bénéficiaire	-	-
Etablissement de convalescence	100% FR dans la limite de 30 jour par an et par bénéficiaire	90% FR dans la limite de 30 jour par an et par bénéficiaire	-	-
Indemnités d'hébergement dans la limite de 30 jour(s) par an et par bénéficiaire	100% FR dans la limite de 3 % du PMSS par jour	90% FR dans la limite de 3 % du PMSS par jour	-	-
SOINS COURANTS				
Consultations ou visites				
Médecin signataire du DPTAM	100 % FR-MR	90 % FR-MR	-	-
Médecin non signataire du DPTAM	TM + 100 % BR		-	-
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie, et radiologie				
Médecin signataire du DPTAM	100 % FR-MR	90 % FR-MR	100 % FR	90 % FR
Médecin non signataire du DPTAM	TM + 100 % BR		100 % FR	90 % FR
Examen de laboratoire et analyse	100 % FR-MR	90 % FR-MR	-	-
Auxiliaires médicaux	100 % FR-MR	90 % FR-MR	-	-
Transport	100 % FR-MR		-	-
Pharmacie prise en charge	100 % TM		-	-
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR		-	-
APPAREILLAGES				
Petit appareillage, prothèses médicale, orthopédie remboursées par la Sécurité sociale	100 % FR-MR		-	-
Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale	100 % FR-MR		-	-

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - **FR** : Frais Réels - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - 3428 € en 2020 - **BR** : Base de Remboursement de la sécurité sociale - **TM** : Ticket Modérateur (soit la différence entre BR et remboursement de la sécurité sociale)

2 | Vos garanties Frais de Santé

ACTES	REGIME DE BASE OBLIGATOIRE et RESPONSABLE		OPTION FACULTATIVE et NON RESPONSABLE	
	conventionné	non conventionné	conventionné	non conventionné
AIDES AUDITIVES				
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans				
Prestations jusqu'au 31 décembre 2020				
Prothèses auditives prises en charge par le RO	100% FR-MR		-	-
Prestations à partir du 1er janvier 2021				
Equipements 100 % santé 3	pris en charge dans la limite des Prix Limite de Vente		-	-
Equipements hors 100 % santé :				
Prothèses auditives prises en charge par le RO	100% FR - MR limité à 1700 euro par oreille par période de 4 ans		-	-
OPTIQUE - Limitation à une paire de lunettes (verres + monture) tous les 2 ans, sauf changement de dioptrie ou enfant mineur (limité à un équipement par an).				
Equipement 100% santé	pris en charge dans la limite des Prix Limite de Vente		-	-
Equipement hors 100% santé				
- 2 verres simples + monture	420 €		-	-
- 2 verres complexes + monture	700 €		-	-
- 2 verres très complexes + monture	800 €		-	-
la monture ne peut excéder 100 € et les montants s'entendent y compris remboursement RO				
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	20% du PMSS par an et par bénéficiaire		-	-
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale, lentilles jetables	20 % du PMSS par an et par bénéficiaire		-	-
Chirurgie correctrice de la myopie	20 % du PMSS par œil dans la limite de 2 actes par an et par bénéficiaire		-	-
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100% santé	pris en charge dans la limite des Prix Limite de Vente		-	-
Soins et prothèses hors 100% santé				
Soins dentaire	100% FR-MR		-	-
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	500% BR		-	-
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	40 % du PMSS dans la limite de 80% du PMSS par an et par bénéficiaire		-	-
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale	500 % BR		-	-
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale (prothèses provisoire et couronnes sur dent saine)	100 % des Frais réels dans la limite de 22 % du PMSS par an par bénéficiaire		-	-
Implantologie : les 3 phases = implant intra osseux (racines) non pris en charge, infrastructure coronaire (inlay core) non pris en charge, couronne ou bridge sur implant (pris en charge ou non par la CPAM)	100 % des Frais réels dans la limite de 22 % du PMSS par an par bénéficiaire		-	-
Inlay core	150 % BR SS		-	-
Parodontologie non remboursées par la Sécurité sociale	100% des Frais réels dans la limite de 8,5% du PMSS par an et par bénéficiaire		-	-
Intermédiaire de bridge	100% des Frais réels - MR dans la limite de 22% du PMSS par an et par bénéficiaire		-	-
MEDECINE DOUCE				
homéopathie, acupuncture, chiropractie, étioopathie, naturopathie, ostéopathie, aromathérapie, phytothérapie, chromothérapie, drainage lymphatique, pédicure, podologue	4 % du PMSS par an et par bénéficiaire toutes spécialités confondues		-	-

ACTES	REGIME DE BASE OBLIGATOIRE et RESPONSABLE		OPTION FACULTATIVE et NON RESPONSABLE	
	conventionné	non conventionné	conventionné	non conventionné
MATERNITE / ADOPTION				
Forfait pour frais de séjour et honoraires d'accouchement	30 % du PMSS		-	-
Chambre particulière	3 % du PMSS par jour dans la limite de 10 jours par an et par bénéficiaire		-	-
Procréation médicalement assistée	100 % des frais réels dans la limite de 8% du PMSS par an et par bénéficiaire		-	-
Amniocentèse	100 % des frais réels dans la limite de 8 % du PMSS par an et par bénéficiaire		-	-
CURE THERMALE remboursée par la Sécurité sociale				
Frais de séjour, transport, soins	100% FR - MR dans la limite de 25 % du PMSS dans la limite de 1 cure par an et par bénéficiaire		-	-
AUTRES FRAIS agréés par la Sécurité Sociale	100% TM		-	-
ASSISTANCE	OUI		-	-

Verres simples : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes : verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - **FR** : Frais Réels - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - 3428 € en 2020 - **BR** : Base de Remboursement de la sécurité sociale - **TM** : Ticket Modérateur (soit la différence entre BR et remboursement de la sécurité sociale)

CHOIX DE L'OPTION

Au moment de l'affiliation au contrat, chaque salarié a la possibilité d'opter pour lui et sa famille au régime optionnel. Les bénéficiaires rattachés sur la base doivent être tous affiliés à l'option lorsqu'elle est souscrite. Toute adhésion au régime de base ou au régime optionnel est définitive sauf en cas de changement de situation de famille (mariage, naissance,...) si la demande est présentée dans les 3 mois suivant l'évènement. Tout retour à un régime inférieur est définitif.

COMPRENDRE LA RÉFORME «100% SANTÉ»

LE « 100% SANTÉ » C'EST QUOI ?

La réforme « 100% Santé » a pour objectif de lutter contre le renoncement aux soins du fait de restes à charge élevés. L'objectif affiché par le gouvernement est de donner à toutes les personnes disposant d'une complémentaire santé « responsable » un accès à des soins de qualité, pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie Obligatoire et la complémentaire santé, dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire.

LE CALENDRIER DE LA RÉFORME

2019



- Les tarifs du panier « 100% Santé » ont été plafonnés en audiologie et en dentaire.
- La base de remboursement des aides auditives adultes (Sécurité sociale et complémentaire santé) a augmenté de 100€.
- Au total, le reste à charge pour les assurés a diminué en moyenne de 200€ pour les aides audives.

2020



- Le « 100% Santé » sera garanti en optique
- Le « 100% Santé » sera garanti en partie pour le dentaire (couronnes et bridges).
- Les contrats santé «responsables» seront mis en conformité le 01/01/2020 en optique et dentaire.

2021



- Pour les aides auditives adultes, il y aura une revalorisation de la base de remboursement de 50€ et pour les équipements à tarif libre, l'instauration d'un plafond de prise en charge de 1700€ dans les contrats santé « responsable ».
- Le «100% Santé» sera garanti pour les aides auditives et pour le reste du panier dentaire.
- L'intégralité de l'offre sera ainsi déployée.

LE «100% SANTÉ» COMMENT ÇA MARCHE ?

Le panier « 100% Santé » proposera des équipements et des soins soumis à des prix limites de vente qui seront intégralement pris en charge par la Sécurité sociale et la complémentaire santé.

Si vous souhaitez choisir librement vos soins et vos équipements, vous pourrez opter pour le panier de tarif libre pour l'optique et l'audiologie et le panier à tarif libre ou tarif maîtrisé pour le dentaire.

Qu'est-ce qu'un panier?

Il s'agit d'équipements et de prestations. Il y a 3 types de paniers : « le panier 100% Santé », sans reste à charge, «le panier à tarif maîtrisé» avec un tarif plafonné (uniquement en dentaire) et «le panier à tarif libre », sans plafonnement de tarif.



OPTIQUE

LE PANIER « 100 % SANTÉ »

L'ensemble des corrections sont couvertes

L'offre « 100 % Santé » vous laissera le choix, au minimum, entre 17 modèles de montures adultes et 10 modèles enfants, tous en 2 coloris différents. Toutes les montures respecteront les normes européennes et seront d'un prix inférieur ou égal à 30 €. Les verres devront être amincis et traités anti-rayures, anti-UV et anti-reflets.

LE PANIER LIBRE

Si vous le souhaitez, en fonction de vos envies, vous pourrez choisir des lunettes en dehors du panier 100% et opter pour le panier à tarif libre. Les équipements de ce panier n'étant pas soumis à des prix limites de vente, vous serez remboursé en fonction des niveaux de garantie de votre complémentaire santé. Pour la monture : la prise en charge de la Sécurité sociale avec la complémentaire santé est plafonnée à 100€ si le contrat est responsable. Le remboursement sera limité, sauf exception, à un équipement tous les deux ans.

À compter du 1^{er} janvier 2020, votre opticien aura l'obligation de vous présenter 2 devis. Un devis « panier 100 % Santé » et un devis « panier libre ».



DENTAIRE

LE PANIER « 100 % SANTÉ »

Une gamme étendue de prothèses

Un large choix de couronnes dentaires et de bridges de qualité sera couvert. Les matériaux pris en charge pour les prothèses dépendront de la position de la dent. Les matériaux les plus esthétiques seront privilégiés sur les dents les plus visibles. Les couronnes provisoires seront également prises en charge.

LE PANIER LIBRE OU LE PANIER MAÎTRISÉ

Si vous souhaitez choisir librement votre prothèse, les matériaux ou les techniques les plus innovantes, vous pourrez opter pour le panier libre ou le panier maîtrisé (comportant des prothèses soumises à des prix limites de vente). Dans les deux cas, vous serez remboursé en fonction des niveaux de garantie de la complémentaire santé.

À compter du 1^{er} janvier 2020, si votre dentiste vous propose un acte avec un reste à charge, il devra également vous proposer une alternative thérapeutique avec un reste de charge 0 €.



AUDIOLOGIE

LE PANIER « 100 % SANTÉ »

Un large choix d'aides auditives performantes et ergonomiques

Une sélection étendue d'aides auditives (intra-auriculaires, à écouteur déporté ou contours d'oreille) avec au minimum 12 canaux de réglage ou de qualité équivalente et de nombreuses fonctionnalités (anti-acouphène, réducteur de bruit du vent, anti-Larsen, système Bluetooth ...) sera proposée.

LE PANIER LIBRE

Le panier à tarif libre proposera des équipements disposant d'options sophistiquées et permettant des réglages plus fins. Dans ce cas, vous serez remboursé en fonction des niveaux de garantie de la complémentaire santé.

Dans les deux cas, « panier 100 % santé » et « panier libre », vous disposerez de 30 jours d'essai avant facturation et les équipements seront garantis 4 ans par les audioprothésistes.

À compter du 1^{er} janvier 2021, votre audioprothésiste aura l'obligation de vous présenter 2 devis. Un devis « panier 100 % Santé » et un devis « panier libre ».

LA RÉFORME EN BREF

La réforme « 100% Santé » était précédemment appelée «RAC 0»

Le RAC représente la différence entre ce qu'une personne paye au professionnel de santé et ce que lui rembourse l'Assurance Maladie Obligatoire et la complémentaire santé.

Entre 2019 et 2021, vous allez progressivement pouvoir accéder à des lunettes de vue, des aides auditives et des prothèses dentaires de qualité, prises en charge à 100% par la Sécurité sociale et la complémentaire santé.

Elle s'applique à toutes les personnes disposant d'une complémentaire santé «responsable» auprès de tous les professionnels de santé concernés.

Mais vous restez libre de choisir les soins et les équipements en optant pour le panier libre en optique et en audiologie et le panier libre ou panier maîtrisé en dentaire. Dans les deux cas, vous serez remboursé en fonction des niveaux de garantie de la complémentaire santé

COMMENT VOUS FAIRE REMBOURSER ?

VOUS BÉNÉFICIEZ DE LA TÉLÉTRANSMISSION

L'Assurance Maladie adresse directement à CPMS les informations permettant d'effectuer vos remboursements, dans ce cas un message du type « Le double de ce décompte est adressé à votre mutuelle » figurera sur votre décompte CPAM. Il convient alors d'adresser à CPMS les pièces énumérées ci-après.

VOUS NE BÉNÉFICIEZ PAS DE LA TÉLÉTRANSMISSION

Doivent être fournis à CPMS les originaux des décomptes de la Caisse d'Assurance Maladie (ou relevés AMELI) ainsi que les pièces justificatives suivantes et éventuellement les relevés de prestations établis par d'autres organismes complémentaires.

IMPORTANT : Si vous n'utilisez pas votre attestation de tiers payant, mais que vous présentez votre carte vitale afin de ne pas faire l'avance de la part remboursée par l'assurance maladie, il convient d'adresser à CPMS un reçu attestant le paiement par vos soins du ticket modérateur.

PIÈCES JUSTIFICATIVES (EN FONCTION DES GARANTIES PRÉVUES AU CONTRAT)

- > **Lunettes** : facture détaillée de l'opticien et prescription de l'ophtalmologiste datant de moins de 3 ans pour les bénéficiaires âgés de plus de 42 ans, 5 ans pour les bénéficiaires de 16 à 42 ans, 1 an si moins de 16 ans. S'il y a des traitements divers, l'opticien doit le préciser (*ex. : verres teintés, anti-reflets...*).
- > **Lentilles cornéennes** : facture détaillée et prescription de l'ophtalmologiste datant de moins de 3 ans pour les bénéficiaires de plus de 16 ans, 1 an pour les moins de 16 ans (sauf indication spécifiée par l'ophtalmologiste). L'ordonnance est obligatoire pour un 1er équipement.
- > **Lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale** : facture détaillée et prescription médicale datant de moins de 1 an.
- > **Prothèses dentaires et soins dentaires (si dépassements d'honoraires)** : facture détaillée.
- > **Hospitalisation (sans prise en charge)** : facture acquittée de l'établissement.
- > **Règlement des tickets modérateurs, notes d'honoraires réglées directement au praticien (en cas d'hospitalisation par exemple)** : facture détaillée.
- > **Soins à l'étranger** : facture détaillée et acquittée
- > **Maternité/adoption** : acte de naissance, acte d'adoption, facture des frais restant à charge
- > **Cure thermale** : facture détaillée des frais restant à charge.
- > **Autres soins non pris en charge par la Sécurité Sociale, obsèques** : facture détaillée et acquittée

À SAVOIR !

Pour tous les actes pris en charge par la Sécurité sociale, il n'est plus nécessaire d'adresser l'original de la facture, une copie suffit (scan, photographie adressée via l'application mobile CPMS).

CPMS

VOTRE GESTIONNAIRE SANTÉ



VOTRE CONSEILLER EN DIRECT

Du lundi au vendredi, de 8h00 à 18h30
03 26 87 93 24



TCHAT EN LIGNE

Du lundi au vendredi, de 8h00 à 18h30
connectez vous à votre espace adhérent
nos télé-gestionnaires sont là pour
vous répondre en temps réel.



ADRESSE COURRIER

CPMS - IMMEUBLE LE PARVIS
UG-PREMIUM -
6 rue Henri Moissan
TSA 60021
51726 Bezannes Cedex



UN SITE INTERNET WWW.CPMS.FR

Service réservé aux assurés permettant de :

- consulter ses décomptes,
- demander en ligne les documents suivants :
 - prise en charge hospitalière
 - certificat de radiation, d'appartenance,
 - éditer un duplicata de votre carte TP
 - nous contacter pour toute demande concernant vos remboursements, garanties ou mises à jour de vos données



NOUS CONTACTER

Nous adresser vos demandes directement à partir de votre espace assuré sur notre site www.cpms.fr ou à partir de notre application mobile en utilisant notre nouveau service « nous contacter »



ACCÉDEZ GRATUITEMENT À TOUS VOS SERVICES CPMS DEPUIS VOTRE SMARTPHONE OU TABLETTE

- Consultation des remboursements et recherche selon plusieurs critères (*bénéficiaires, nature des soins, date des soins...*)
- Visualisation de l'attestation de tiers-payant
- Géolocalisation d'un professionnel de santé
- Transmission des devis et factures photographiés via l'application mobile
- Visualisation du guide santé présentant l'ensemble des garanties
- Nous contacter pour toute demande sur votre dossier



CPMS

Centre de Prévoyance Médico-Sociale depuis 1950

CPMS SAS – Société de Gestion et de Courtage d'Assurance au capital de 4 429 000 €
5 rue Geoffroy Marie 75009 Paris • Téléphone : 01 47 70 30 97
BP 50693 75425 Paris Cedex 09 • www.cpms.fr

RC PARIS B 97 B 14894 - SIRET 414 357 889 00040 • Inscrit auprès de l'ORIAS sous le n°07 001 007
Garanties Financière et RC Professionnelle conformes aux articles L530-1 et 530-2 du Code des Assurances.