



LIVRET DE L'ASSURÉ

Guide de vos garanties frais de santé

Ensemble du personnel





SOMMAIRE

Nous avons le plaisir de vous adresser le guide de votre complémentaire santé. Nous sommes à vos côtés pour vous simplifier la vie et vous accompagner en cas de besoin.

Votre équipe Filhet-Allard

VOTRE CONTRAT

Objet du contrat

Les bénéficiaires du contrat

Cessation des garanties

VOS GARANTIES

Détail des garanties

Exemples de remboursement

LEXIQUE

VOTRE CONTRAT

OBJET DU CONTRAT



- Votre employeur a souscrit un contrat de remboursement des frais de santé au profit de l'ensemble du personnel de votre société à effet du 1^{er} janvier 2023.

Ce régime a pour objet de verser des prestations en complément des remboursements du régime obligatoire (RO) à l'occasion des dépenses de santé, et dans la limite des frais réellement engagés.



Votre contrat respecte pleinement les règles qui s'appliquent aux Contrats Responsables.

VOTRE CONTRAT

LES BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT

Par dérogation aux conditions générales, les personnes assurées par le présent contrat, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, sont :



LES SALARIES AFFILIÉS AU PRÉSENT CONTRAT

conformément à la catégorie bénéficiaire figurant aux conditions particulières



LE CONJOINT

L'époux ou l'épouse de l'assuré, non divorcé et non séparé de corps judiciairement.

LE PARTENAIRE

La personne liée à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS : contrat conclu par deux personnes physiques majeures pour organiser leur vie commune au sens de l'article 515-1 du Code Civil).

LE CONCUBIN

La personne vivant en concubinage avec l'assuré sous réserve que l'assuré et son concubin :

- soient libres de tout lien matrimonial c'est à dire célibataires, veufs ou divorcés ;
- n'aient pas conclu de PACS

Le concubinage est une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes physiques majeures qui vivent en couple.



LES ENFANTS A CHARGE ET CEUX DE SON CONJOINT, A DÉFAUT, DE SON PARTENAIRE DE PACS OU DE SON CONCUBIN, SOUS RESERVE :

- d'une part :
 - Qu'ils soient âgés de moins de 21 ans ;
 - Qu'ils soient âgés de moins de 28 ans sous réserve d'une des conditions suivantes ;
 - qu'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du SMIC ;
 - qu'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage ;
 - qu'ils soient inscrits au Pôle emploi comme primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré ;
 - Quel que soit leur âge, qu'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qu'ils soient titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire ou leur 28ème anniversaire s'ils poursuivaient des études.
 - et d'autre part :
 - Qu'ils bénéficient d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré, de son conjoint, de son partenaire de PACS, de son concubin ou d'une affiliation personnelle ;
- ET
- Qu'ils soient fiscalement à charge de l'assuré, c'est à dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qu'ils perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.

VOTRE CONTRAT

CESSATION DES GARANTIES



POUR L'ASSURÉ :

L'assurance prend fin le jour où vous quittez l'entreprise, suite à la rupture définitive de votre contrat de travail, quelle qu'en soit la cause.

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, les garanties pourront être maintenues sous certaines conditions pour une durée ne pouvant excéder 12 mois (application de l'article 14 de l'ANI - Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008).

Renseignez-vous à ce sujet auprès de votre service du personnel.

POUR LES AYANTS DROIT :

- Le jour où ils cessent de remplir les conditions prévues pour être bénéficiaires,
- Le jour où l'assuré principal est radié,
- En cours de contrat à la demande de l'assuré,
- Lors de la résiliation du contrat.

VOS GARANTIES

DÉTAIL DES GARANTIES (1/2)

| NATURE DES GARANTIES | Taux de remboursement SS | MONTANT DES GARANTIES en complément de la Sécurité Sociale |
|----------------------|--------------------------|--|
|----------------------|--------------------------|--|

| HOSPITALISATION* | | |
|---|------------------------------|---|
| Forfait journalier hospitalier, Forfait "actes lourds", Forfait patient urgence | | 100% du forfait |
| Honoraires | Médecins adhérents DPTAM | 80% ou 100% |
| | Médecins non adhérents DPTAM | 80% ou 100% |
| Frais de séjour | Secteur conventionné | 80% ou 100% |
| Chambre particulière (médicale, chirurgicale) | Secteur conventionné ou non | Néant |
| Chambre particulière (ambulatoire) | Néant | 40% de la prise en charge tarif chambre hospitalisation complète dans la limite de 40 € |
| Frais d'accompagnant | Néant | 45 € / nuit |

* En établissement non conventionné, la prise en charge ne peut être inférieure au Ticket Modérateur (TM).

| SOINS COURANTS* | | |
|--|------------------------------|---------|
| Généralistes | Médecins adhérents DPTAM | 70% |
| | Médecins non adhérents DPTAM | 70% |
| Spécialistes | Médecins adhérents DPTAM | 70% |
| | Médecins non adhérents DPTAM | 70% |
| Actes de petite chirurgie | Médecins adhérents DPTAM | 70% |
| | Médecins non adhérents DPTAM | 70% |
| Radiologie, Echographie, Ostéodensitométrie, Actes de spécialité | Médecins adhérents DPTAM | 70% |
| | Médecins non adhérents DPTAM | 70% |
| Consultation d'un psychologue remboursée par la SS (dans la limite de 8 séances / an, dans la limite de 40€ la 1ère séance et 30€ les suivantes, y compris SS) | 60% | TM |
| Honoraires paramédicaux | 60% | 90% BR |
| Analyses et examens de laboratoire | 60% | 90% BR |
| Médicaments | variable | TM |
| Matériel médical (Appareillage - Prothèses médicales) | 60% ou 100% | 140% BR |
| Transport remboursé par la SS | 65% | 85% BR |

* En établissement non conventionné, la prise en charge ne peut être inférieure au Ticket Modérateur (TM).

| OPTIQUE (Les forfaits en € pour les équipements optique sont à entendre SS incluse) | | |
|--|--|-------------------------------------|
| Renouvellement à compter de la date d'acquisition : tous les 2 ans adultes et enfants 16 ans et + / tous les ans enfants + de 6 ans et - de 16 ans / tous les 6 mois enfants - de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, sinon renouvellement tous les ans | | |
| Exceptions : renouvellement anticipé pour raisons médicales / 2 équipements autorisés (vision de près et de loin) si intolérance | | |
| Le panachage des verres d'une classe et de la monture de l'autre classe est possible | | |
| EQUIPEMENTS ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE : "CLASSE A" * | 60% | 100% FR - SS dans la limite des PLV |
| EQUIPEMENTS NON ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE : "Classe B / tarif libre" <i>Équipement composé de 2 verres différents : le plafond est obtenu en divisant par 2 la somme des équipements correspondant à chacun des 2 verres</i> | Équipement monture + 2 verres simples | 60% |
| | Équipement monture + 2 verres complexes | 60% |
| | Équipement monture + 2 verres très complexes | 60% |
| | Dont monture seule | 60% |
| Lentilles | Lentilles remboursées par la SS | 60% |
| | Lentilles non remboursées SS (y/c jetables) | Néant |
| Chirurgie réfractive | Néant | 600 € / œil / an / bénéficiaire |

* Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appariage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au 2ème alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix limite de vente : PLV) en application de l'article L.165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale

VOS GARANTIES

DÉTAIL DES GARANTIES (2/2)

| NATURE DES GARANTIES | Taux de remboursement SS | MONTANT DES GARANTIES en complément de la Sécurité Sociale |
|----------------------|--------------------------|--|
|----------------------|--------------------------|--|

| DENTAIRE | | |
|---|--|------------------------------------|
| SOINS ET PROTHESES DENTAIRES ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE * | 70% | 100% FR -SS dans la limite des HLF |
| SOINS NON ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE (tarif maîtrisé ** ou tarif libre ***) Inlay, Onlay | 70% | 100% BR |
| | 70% | 130% BR |
| PROTHESES DENTAIRES NON ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE (tarif maîtrisé ** ou à tarif libre ***) | Prothèses dentaires remboursées par la SS | 70% |
| | Inlay core | 70% |
| | Parodontologie remboursée par la SS | 70% |
| | Implantologie remboursée par la SS (prothèse et chirurgie) | 70% |
| Prothèses hors panier | Prothèses dentaires non remboursées par la SS | 70% |
| | Implantologie non remboursée par la SS (implant, support prothèse) | Néant |
| Orthodontie | Orthodontie remboursée par la SS | 70% ou 100% |
| | Orthodontie non remboursée par la SS | Néant |

* Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la SS (HLF : Honoraires Limités de Facturation) ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.

** Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (HLF) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant remboursé par la Sécurité sociale. Le cumul des remboursements servis par la sécurité sociale et la complémentaire santé ne pourra excéder les HLF

*** Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale.

| AIDES AUDITIVES (à partir du 1er janvier 2021) (Les forfaits en € pour les équipements auditifs sont à entendre SS incluse) | | |
|---|-----|-------------------------------------|
| Renouvellement à compter de la date de délivrance de l'appareil : dans la limite d'un équipement tous les 4 ans par oreille | | |
| EQUIPEMENTS ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE : "CLASSE 1" * | 60% | 100% FR - SS dans la limite des PLV |
| EQUIPEMENTS NON ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE : "CLASSE 2" ** : Prothèses, piles et entretien | 60% | 140% BR |
| Accessoires et fournitures | 60% | |

* Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix limite de vente : PLV) en application de l'article L.165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale

** Le cumul des remboursements servis par la sécurité sociale et la complémentaire santé, au titre des dispositifs médicaux d'aides auditives de classe II ne pourra excéder 1 700 € par bénéficiaire et par appareil (par période de 4 ans).

| AUTRES POSTES | | |
|--|---|--|
| Allocation naissance ou adoption | Néant | 15% du PMSS / naissance doublé en cas de naissances multiples ou par adoption limitée à la dépense engagée |
| Cure thermale (acceptée par la Sécurité Sociale) | Forfait cure (dans la limite des frais réels) | 65% ou 70% |
| Frais d'obsèques dans la limite des frais engagés | Assuré | Néant |
| | Conjoint / Enfant | Néant |
| Ostéodensitométrie non remboursée par la SS | | Néant |
| Vaccins prescrits non remboursés par la SS sur prescription médicale | | Néant |
| Vaccins anti-grippe sur prescription médicale | | Néant |
| Acupuncteur, Chiropracteur, Diététicien, Ostéopathe, Pédicure-Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Tabacologue | | Néant |

| SERVICES ASSOCIES | |
|-------------------|-----|
| Assistance | Oui |
| Téléconsultation | Oui |
| Action sociale | Oui |

BR = Base de Remboursement Sécurité Sociale - TM = Ticket Modérateur - FR = Frais Réels - DPTAM = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée => désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la SS, notamment les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM – OPTAM-CO)

VOS GARANTIES

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

| Exemples | Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé* | Vos remboursements | | Reste à charge | Commentaires |
|----------|--|--------------------|---------------------|----------------|--------------|
| | | Sécurité sociale | FILHET-ALLARD & Cie | | |

Hospitalisation (opération chirurgicale de la cataracte Acte BFGA 427)

| | | | | | |
|---|----------|----------|----------|--------|---------------------|
| Forfait journalier hospitalier en court séjour | 20,00 € | 0,00 € | 20,00 € | 0,00 € | Tarif réglementaire |
| Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) | 355,00 € | 247,70 € | 107,30 € | 0,00 € | |
| Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) | 431,00 € | 247,70 € | 183,30 € | 0,00 € | |

Soins courants (avec franchise obligatoire de 1€ sur le remboursement SS)

| | | | | | |
|---|---------|---------|---------|---------|---------------------|
| Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires | 25,00 € | 16,50 € | 7,50 € | 1,00 € | Tarif conventionnel |
| Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires | 30,00 € | 20,00 € | 9,00 € | 1,00 € | Tarif conventionnel |
| Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) | 44,00 € | 20,00 € | 23,00 € | 1,00 € | |
| Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) | 56,00 € | 15,10 € | 24,15 € | 16,75 € | |

Optique (exemple d'une myopie adulte -4 par œil)

| | | | | | |
|---|----------|---------|----------|--------|--|
| Équipement de classe A : monture + 2 verres unifocaux (équipement 100% santé) | 125,00 € | 22,50 € | 102,50 € | 0,00 € | Panier 100% santé |
| Équipement optique de classe B : monture + 2 verres unifocaux | 345,00 € | 0,09 € | 344,91 € | 0,00 € | Plafond de remboursement réglementaire |

Dentaire

| | | | | | |
|---|----------|---------|----------|--------|---------------------|
| Détartrage | 28,92 € | 20,24 € | 8,68 € | 0,00 € | Tarif conventionnel |
| Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et première pré-molaire (prothèse 100% santé) | 500,00 € | 84,00 € | 416,00 € | 0,00 € | Panier 100% santé |
| Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaire | 539,00 € | 84,00 € | 455,00 € | 0,00 € | Panier maîtrisé |
| Couronne céramo-métallique sur molaire | 539,00 € | 84,00 € | 455,00 € | 0,00 € | |

Aides auditives (exemple pour un adulte de + de 21 ans)

| | | | | | |
|---|------------|----------|----------|----------|--|
| Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé) | 950,00 € | 240,00 € | 710,00 € | 0,00 € | Panier 100% santé |
| Aide auditive de classe II par oreille | 1 476,00 € | 240,00 € | 560,00 € | 676,00 € | Plafond de remboursement réglementaire |

* Tarifs moyens nationaux mis à la disposition des organismes complémentaires d'assurance maladie par l'UNOCAM (établis sur les dernières données disponibles dans le système national de données de santé : SNDS)

Ces exemples ont pour objet de vous permettre d'estimer, pour une situation et un tarif donné (en €), votre reste à charge éventuel

Ils n'ont pas de valeur contractuelle et sont tributaires du montant des bases de remboursement et des règles d'intervention de la Sécurité sociale, susceptibles d'évoluer en cours d'année.

LEXIQUE



1 / 2

Frais Réels

→ Dépenses engagées dans le cadre de vos soins.

Forfait Journalier/hospitalier

→ Somme due par le patient pour toute hospitalisation de plus de 24 heures. Elle sert à payer les frais d'hébergement et d'entretien et n'est pas remboursée par le Régime Obligatoire.

Base de remboursement (BR)

→ Tarif officiel d'un acte à partir duquel le Régime Obligatoire calcule son remboursement. Cette nouvelle appellation regroupe les anciens Tarif de Convention et le Tarif d'autorité.

Ticket Modérateur (TM)

→ Part des frais de soins qui reste à la charge de l'assuré et n'est pas couverte par le Régime Obligatoire. C'est la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et son remboursement effectif.

Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS)

→ Salaire de référence de la Sécurité Sociale utilisé pour le calcul de certaines prestations. Sa valeur peut évoluer chaque année au 1er janvier.

Médecin conventionné secteur 1

→ Médecin appliquant strictement le tarif fixé par convention avec l'assurance maladie, sans dépassement d'honoraires.

Médecin conventionné secteur 2

→ Médecin appliquant des honoraires libres. Les dépassements doivent être faits avec tact et mesure.

LEXIQUE



2 / 2

Médecin adhérent au DPTAM

- Le médecin conventionné adhérent au DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) peut être de secteur 1 ou 2. En adhérant à ce dispositif, il s'est engagé à modérer et stabiliser ses honoraires afin de faciliter l'accès aux soins de ses patients. Dans le cadre du contrat responsable, il est mieux remboursé que le médecin NON DPTAM.

Médecin conventionné non adhérent au DPTAM

- Le médecin non adhérent au DPTAM est de secteur 2 et n'a pris aucun engagement de modération de ses dépassements d'honoraires. Le contrat responsable impose que les remboursements de la complémentaire soient plafonnés et inférieurs à ceux des médecins DPTAM. Pour ces médecins NON DPTAM, vous risquez d'avoir un reste à charge plus important .

Médecin non conventionné

- Médecin n'ayant signé aucune convention avec le Régime Obligatoire. Il sera ainsi remboursé sur le seul tarif d'autorité (tarifs très inférieurs à la Base de Remboursement normale). La complémentaire santé ne pourra pas prendre en charge le différentiel. Avec ces médecins non conventionnés, vous risquez d'avoir des restes à charge conséquents.

Optique responsable

- Les verres sont classés en trois catégories selon leur technicité (sphère, cylindre, dioptrie) :
 - Verres simples,
 - Verres complexes,
 - Verres très complexes.
- Le remboursement des verres repose sur la distinction entre un panier assorti de prix limite de vente et le remboursement en secteur à prix libres :
 - Le « panier 100 % santé » qui permet aux assurés d'accéder à des équipements d'optique sans reste à charge,
 - Le « secteur à prix libres »

MENTIONS LÉGALES

RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE

Assureur : CGPA

Garantie conforme aux articles L512-6, R512-14 et A512-4 du Code des Assurances

NUMÉRO ORIAS

Filhet-Allard & Cie, Société de courtage d'assurance – 07 000 514 (www.orias.fr)
RCS de Bordeaux 393 666 581

Notre activité est placée sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de contrôle Prudentiel et de résolution)
4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS Cedex 9

Notre société n'a aucun lien avec une entreprise assurance.

Notre société n'a aucune obligation contractuelle d'exclusivité.

QU'EST CE QU'UNE RÉCLAMATION ?

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers notre société quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée.

COMMENT FAIRE UNE RÉCLAMATION ?

Adressez votre réclamation à votre interlocuteur dédié, par écrit (mail, courrier) ou pas oral (une confirmation écrite vous sera demandée).

Ce dernier en accusera réception dès que possible et dans les 10 jours maximum à compter de votre envoi.

Il en informera son responsable dès réception.

Il donnera une réponse dans les 2 mois maximum à compter de votre envoi.

Si la réponse qui vous est apportée ne vous convient pas, vous pouvez dans un 2nd temps en informer, par écrit, le service réclamation clientèle. Ce dernier en accusera réception dans les mêmes délais.

QUEL AUTRE MOYEN DE RECOURS ?

Nous vous informons que vous pouvez par ailleurs faire appel au Médiateur de l'Assurance. Il peut être saisi 2 mois après l'envoi de votre première réclamation écrite.

Cette association propose un dispositif gratuit de règlement des litiges permettant de rechercher des solutions amiables aux conflits opposants un assuré à un assureur ou un intermédiaire d'assurances. Pour cela vous devez adresser un dossier, constitué de la façon la plus complète avec les informations et pièces utiles à son examen à l'adresse ci contre.

COORDONNÉES DU SERVICE RÉCLAMATIONS CLIENTÈLE

Service réclamation clientèle
Assurance risques d'entreprises



Rue Cervantès- Mérignac
33735 Bordeaux Cedex 9

Réclamations



reclamations_facie@filhetallard.com
05 56 18 12 10

COORDONNÉES DU MÉDIATEUR

La Médiation de l'Assurance
TSA 50 110



75 441 Paris Cedex 9



www.mediation-assurance.org



CONSERVATION DES DOCUMENTS

Les documents en lien avec votre réclamation sont conservés 5 ans à compter de la date de réception.



NOUS CONTACTER



EXTRANET
PROTECTION
SOCIALE

www.filhetallard.com
Rubrique Accès Client



TÉLÉPHONE

05 56 34 57 21

9h à 17h
(16h30 le vendredi)



COURRIER

FILHET-ALLARD & Cie

Centre de Gestion
Protection Sociale
Rue Cervantès - MERIGNAC
33735 BORDEAUX Cedex 9