



Mon livret **Protection sociale**

JANVIER 2024

lisi



En 2008, le Groupe Lisi a pris l'initiative de proposer à ses salariés un régime de protection sociale harmonisé, en accord avec les partenaires sociaux.

Depuis, et dans un environnement réglementaire toujours changeant, nous nous attachons à vous offrir un régime de protection sociale optimal, équilibré, et pérenne.

Vous trouverez dans ce livret les éléments d'information vous permettant de mieux comprendre l'ensemble des services qui vous sont proposés, les contacts nécessaires, et le niveau d'accompagnement qui vous sont offerts.

L'équipe Ressources Humaines reste à votre disposition pour toute information complémentaire.



Jean-Philippe KOHLER
Directeur Délégué de Lisi
en charge de la coordination
des ressources humaines

SOMMAIRE

- 4 VOTRE PROTECTION SOCIALE
- 5 LES FRAIS DE SANTÉ
 - 5 Vos contacts et services à disposition
 - 8 Le réseau de soins Santéclair
 - 10 La téléconsultation médicale
 - 11 Quels sont les bénéficiaires du régime ?
 - 11 Pendant combien de temps en bénéficiez-vous ?
 - 12 Comment s'affilier au régime ?
 - 13 Quels sont vos choix de garanties ?
 - 14 Vos garanties Frais de santé détaillées au 1^{er} janvier 2024
 - 17 Lexique
 - 18 La réforme « 100 % Santé »
 - 20 Vos garanties optiques
 - 21 Quelques exemples de remboursements
 - 22 La garantie Assistance Prima
 - 23 Le fonds d'action sociale
- 24 LA PRÉVOYANCE
 - 24 Vos partenaires
 - 24 Vos services Prévia
 - 25 Vos services WPO
- 26 BESOIN D'INFORMATION ?

VOTRE PROTECTION SOCIALE

Les Frais de santé

Le contrat Frais de santé (ou mutuelle) a vocation à couvrir au mieux les dépenses de santé.

Il vient compléter les remboursements de la Sécurité sociale.

Périmètre

- Hospitalisation médicale ou chirurgicale
- Frais médicaux courants
- Appareillages, cures thermales, actes de prévention
- Pharmacie
- Optique
- Frais dentaires

Il s'agit d'un régime familial et vous avez le choix entre 2 niveaux de couverture (Base et Confort), voir détail en pages 14, 15 et 16.

La Prévoyance

L'objectif de la Prévoyance est de protéger la perte de revenus en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité et, pour la famille, de pallier aux conséquences financières du décès d'un salarié.

Périmètre

- Incapacité temporaire
- Invalidité
- Décès

La mise en place de la Protection sociale est accompagnée par une participation financière du Groupe Lisi sur les différentes cotisations.

			Salarié	Lisi
Frais de santé	Régime de base		53,88 €	53,88 €
	Régime Confort	Isolé	72,20 €	53,88 €
		Famille	144,90 €	53,88 €
	Surcomplémentaire		1,85 €	1,85 €

Lexique

PASS

Plafond annuel de la Sécurité sociale
(46 368 € en 2024)

Vos contacts et services à disposition

Votre régime Frais de santé a été développé en partenariat avec Verlingue, courtier en assurances, afin de répondre à vos besoins et vous permettre d'accéder aux meilleurs soins.

Il couvre le remboursement de tout ou partie des frais médicaux et chirurgicaux engagés pour vous même ou vos bénéficiaires.



Génération

Gère vos prestations et vous accompagne au quotidien

- Vous avez accès au tiers-payant auprès de plus de 150 000 professionnels de santé (pharmacie, hôpitaux, laboratoires...)
- Vous suivez en temps réel vos remboursements
- Une équipe de conseillers Génération est à votre écoute pour vous accompagner, vous aider à optimiser vos devis...

SANTÉCLAIR

Est une plateforme de conseil, qui s'appuie sur un large réseau de praticiens

- Vous bénéficiez de services spécifiques en Optique



AG2R LA MONDIALE

Est l'assureur auprès duquel, le contrat d'assurances collectives Frais de santé est souscrit

www.generation.fr

Accédez à tout moment à votre espace personnalisé et sécurisé

02 98 51 38 00 (appel non surtaxé)

Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

LES FRAIS DE SANTÉ

Le tiers-payant

En présentant votre attestation de tiers-payant aux professionnels de santé partenaires de Génération ou Santéclair, vous évitez de faire l'avance de frais pour les dépenses engagées dans les domaines :

Tiers-Payant

avec les partenaires de santé  Génération

- Pharmacie
- Soins externes (hôpitaux et cliniques)
- Kinésithérapie
- Actes de laboratoires et de radiologie

Tiers-Payant

avec les partenaires de santé  SANTÉCLAIR

- Optique
- Audioprothèse

Les conjoints bénéficiant d'une mutuelle par ailleurs ne bénéficient pas du tiers-payant.

Les services Génération

Devis

Vous avez la possibilité de transmettre votre devis pour connaître votre niveau de remboursement.

Des démarches simples pour être bien remboursé

Soins courants

(consultation médicale, pharmacie, soins dentaires, actes de laboratoire, de radiologie...)

- ▶ Les remboursements sont automatiques. Votre caisse primaire d'Assurance Maladie télétransmet directement les informations nécessaires aux remboursements complémentaires pour toutes les personnes ayant opté pour la mise en place de la télétransmission (Noémie) au moment de l'adhésion.

Dentaire

- ▶ Transmettez la facture de votre dentiste à Génération.

Optique

- ▶ Retrouvez tous les détails en page 19.

Cas particuliers

- Si vous n'avez pas souhaité bénéficier de la télétransmission
- Si votre conjoint bénéficie de sa propre complémentaire santé
- ▶ Transmettez l'original de vos décomptes de Sécurité sociale à Génération qui calculera votre remboursement et vous réglera par virement bancaire.
- ▶ Votre conjoint devra maintenir sa télétransmission avec son organisme assureur. Pour le complément de remboursement, il devra transmettre l'original de ses décomptes de Sécurité sociale à Génération.

www.generation.fr

Accédez à tout moment
à votre espace personnalisé et sécurisé

02 98 51 38 00 (appel non surtaxé)

Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

LES FRAIS DE SANTÉ


Des outils pour vous faciliter la vie



Site www.generation.fr et/ou appli mobile


- Identification par empreinte digitale ①
- Accès à votre carte de tiers-payant ②
- Géolocalisation des professionnels de santé ③
- Simulateur de remboursement
- Accès à l'espace **Prévention et Bien-être** →
- Mise à jour des données personnelles
- Double rattachement Sécurité sociale
- Gestion multi-RIB
- Envoi de vos justificatifs (ordonnances, factures...) par e-mail ou via l'appareil photo de votre smartphone / tablette ④
- Mise en relation avec un conseiller
- Attestation digitale
- Utilisation offline
- Devis en ligne
- Infos et tutos
- Service d'accessibilité aux personnes sourdes et malentendantes
- Demande de prise en charge hospitalière

Outil Web Informations Hospitalières (OWIH)




Palmarès des meilleurs établissements, hôpitaux et cliniques de votre région, en fonction de votre pathologie

Automédication




Informations claires et pratiques sur les symptômes que l'on peut traiter en automédication

Coaching sommeil



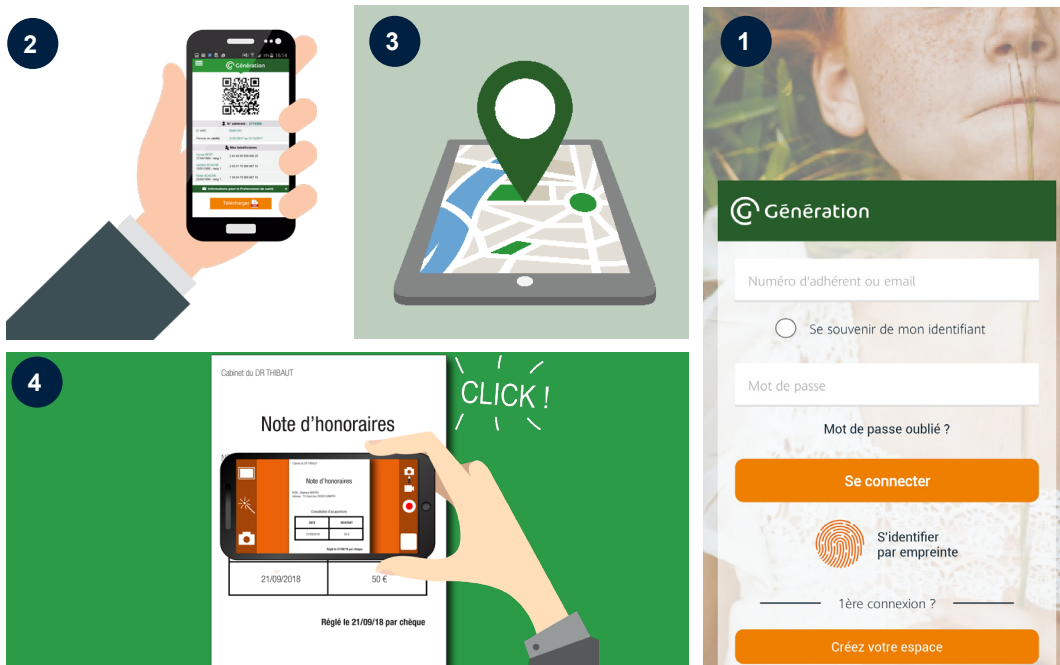
Premier programme français de traitement de l'insomnie ayant recours aux techniques comportementales, cognitives et d'hygiène de sommeil et cognitives

Coaching nutrition



Programme en ligne innovant de thérapie comportementale et cognitive (TCC) pour maigrir sans régime, durablement et sainement

En cas d'hospitalisation, nous réglons à votre place les sommes garanties par votre contrat sur simple demande. Pour vous éviter de faire l'avance de frais, nous vous délivrons un accord de prise en charge sous 24h via le site www.generation.fr. Vous pouvez également nous en faire la demande par fax ou par téléphone pour un envoi à votre domicile ou directement au centre hospitalier ou à la clinique.



Le réseau de soins Santéclair

Votre régime Frais de santé vous donne accès au réseau de soins Santéclair. Santéclair vous permet de limiter votre reste à charge et de maîtriser vos dépenses de soins en Optique, Audioprothèse et Médecines douces.

Engagement de confiance des partenaires, de qualité et de traçabilité des équipements

Quels sont les avantages du réseau ?



En Optique

- Tarifs négociés
 - 0 € de reste à charge sur vos verres (sur la base d'un équipement prédéfini)
 - Des tarifs négociés sur les verres
 - Jusqu'à - 20 % d'économie sur les montures
 - - 15 % de remise sur tous les produits du magasin (solaire, produits lentilles...)
- Services privilégiés
 - Collection exclusive de 80 montures conçue et créée en France, dans une démarche écologique
 - Garantie satisfait ou échangé sur les montures et verres
 - Garantie casse 2 ans sans franchise
 - Traitement anti-reflet
 - Offres négociées sur la 2ème paire solaire à la vue
 - Bilan visuel inclus en cas de renouvellement
 - Analyse de devis et calcul du reste à charge via MySantéclair, plateforme disponible sur votre espace assuré Génération

Santéclair propose son partenariat avec lenticlesmoinscheres.com, n°1 français du renouvellement de lentilles sur internet (les frais de transport sont offerts ; le code avantage vous est transmis par Santéclair) → **- 5 % de rabais**



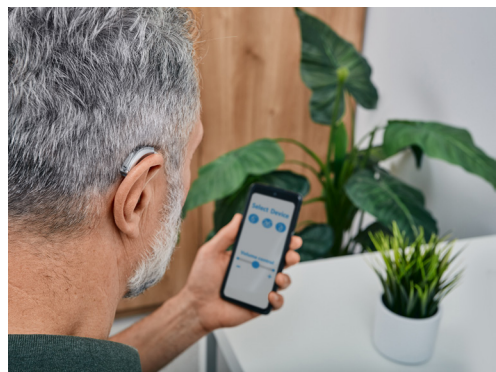
+ 3 100
opticiens partenaires

4
verriers partenaires
(Essilor, Nikon, Optiwiss, Zeiss)

LES FRAIS DE SANTÉ

En Audioprothèse

- Tarifs négociés
 - Jusqu'à - 35 % d'économie sur les aides auditives
 - 10 % de remise sur les accessoires, produits d'entretien, bouchons et assistants d'écoute
 - 20 % de remise sur les piles
- Services privilégiés
 - Analyse de devis
 - Période d'essai de 30 jours
 - Garantie satisfait ou remboursé d'un mois après la période d'essai
 - Garantie panne sur une période de 4 ans
 - Suivi illimité de votre appareillage pendant toute la durée de vie de l'appareil
 - Présence d'un audioprothésiste au moins 4 demi-journées par semaine dans la majorité des centres partenaires



+ 1 300
centres
d'audioprothèse

Santéclair, c'est aussi près de 370 ostéopathes et chiropracteurs, + de 420 diététiciens et des applications de soins et de prévention + 300 naturopathes et sophrologues

Comment en bénéficier ?

- Géolocalisez les professionnels de santé partenaires via l'application Génération ou votre espace adhérent
- Présentez au partenaire votre carte de tiers-payant Génération faisant apparaître le logo Santéclair
- Demandez à bénéficier des avantages du réseau
Pas d'avance de frais, à hauteur des garanties prévues au contrat

Contactez le
02 98 51 38 00
(tarif local)

Accueil téléphonique 24h/24 et 7j/7

- Gwen, assistante virtuelle qui vous accompagne dans vos démarches sans délai d'attente
- Une équipe de conseillers experts* pour toute demande spécifique du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30
** service accessible aux personnes sourdes et malentendantes via l'appli [acce](#)*

La téléconsultation médicale

Vous avez un problème de santé et vous êtes dans l'impossibilité de joindre votre médecin traitant ?

Les consultations sont assurées par des médecins inscrits à l'Ordre des Médecins et protégées par le secret professionnel.

- Pour tous les salariés de l'entreprise
- En France et partout dans le monde
- Si nécessaire, transmission d'une ordonnance au pharmacien de votre choix, partout en Union Européenne

Contactez le
01 55 92 14 64

Un service simple à utiliser

- Consultation par téléphone avec un médecin généraliste
- Pour tous les assurés y compris vos bénéficiaires : conjoint et enfants
- Quel que soit l'endroit où se trouve l'assuré, en France ou à l'étranger
- À tout moment, 24h/24 et 7j/7 dès lors que vous ne pouvez pas joindre votre médecin traitant

Comment ça marche ?

- Connectez-vous à votre espace personnel Génération
- Accédez aux rubriques « Services santé » puis « Téléconsultation »
- Cliquez sur le lien pour consulter le flyer
- Vous trouverez le détail de fonctionnement du service

Une réponse d'expert aux problèmes de santé

- 1 **Diagnostic** : évaluation lors du diagnostic à distance, des symptômes et du niveau de gravité
- 2 **Expertise** : consultation médicale avec des médecins formés pour répondre aux appels des patients
- 3 **Disponibilité** : un avis médical rapide quand les circonstances ne permettent pas de voir son médecin traitant
- 4 **Suivi** : transmission d'un rapport au médecin traitant, qui reste au cœur de la relation



Quels sont les bénéficiaires du régime ?

Le régime est familial et couvre :

- Tous les salariés à titre obligatoire
- Vos enfants ou ceux de votre conjoint* ayant leur propre immatriculation de Sécurité sociale :
 - Jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité
 - Jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire s'ils se trouvent sous contrat d'apprentissage (ou assimilé), et perçoivent une rémunération inférieure à 70 % du SMIC mensuel et peuvent en justifier par une copie de leur contrat et leurs bulletins de salaire
 - Jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire s'ils sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits au pôle emploi
 - Sans limite d'âge s'ils sont titulaires d'une carte d'invalidité et perçoivent l'allocation pour adultes handicapés
- Votre conjoint*
- Vos enfants âgés de moins de 20 ans immatriculés à la Sécurité sociale sur votre carte vitale ou sur celle de votre conjoint*

* Conjoint, concubin, partenaire lié par un pacs

Pendant combien de temps en bénéficiez-vous ?

Vous bénéficiez de vos garanties dès :

- La date d'embauche, sans délai d'attente ni franchise (ou d'entrée en vigueur du contrat d'assurance)

→ Jusqu'à :

- La rupture de votre contrat de travail
ou
- Pendant la suspension de votre contrat de travail (sauf en cas de congé parental)
ou
- La date de résiliation du contrat d'assurances

Sous certaines conditions, un régime de maintien de votre couverture Frais de santé après rupture ou suspension de votre contrat de travail est possible (portabilité). Nous vous invitons à vous renseigner auprès de votre Service des Ressources Humaines.

Comment s'affilier au régime ?

Vous bénéficiez d'un mode d'affiliation 100 % dématérialisé.
Suivez les étapes ci-dessous pour compléter votre affiliation en ligne.

- 1 → Connectez-vous à votre espace depuis votre ordinateur, tablette ou mobile, en cliquant sur le lien reçu par mail
- 2 → Complétez votre affiliation : ajout de bénéficiaire, choix de votre niveau de garantie
- 3 → Transmettez vos justificatifs. Sur tablette ou mobile, vous pouvez les prendre en photo et les joindre directement à votre demande.
- 4 → Validez votre affiliation via la signature électronique
- 5 → Après la validation de votre affiliation, vous pouvez télécharger votre bulletin d'affiliation. Après le traitement de votre dossier par Génération, votre carte de tiers-payant sera mise à disposition sur votre espace assuré.



Quels sont vos choix de garanties ?

Régime de base

Pour tous, le régime de base est obligatoire*.

Surcomplémentaire

Pour tous, la surcomplémentaire est obligatoire*. Elle permet aux assurés de bénéficier d'une prise en charge des dépassements d'honoraires au-delà des limites imposées par les contrats responsables.

* Des cas de dispenses d'adhésions sont prévus. Nous vous invitons à contacter votre Service des Ressources Humaines.

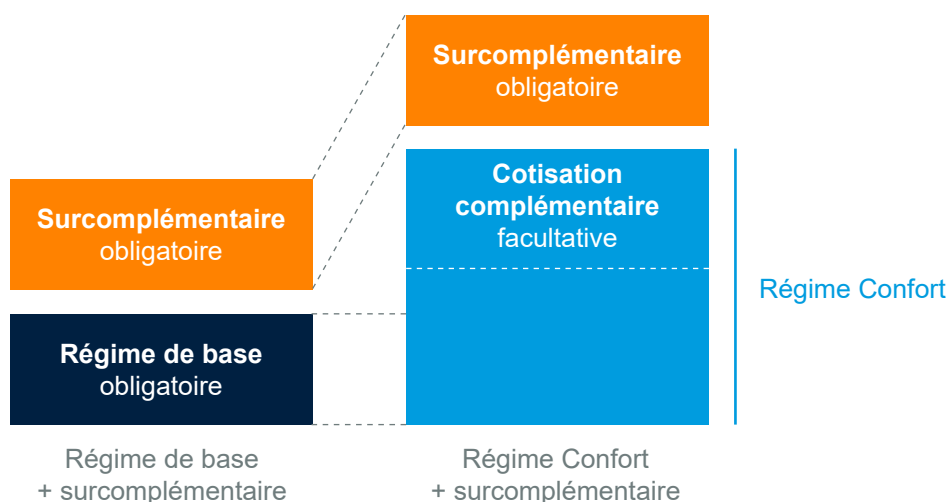
Régime Confort

Pour les salariés qui souhaitent bénéficier d'un niveau de garanties plus élevé, possibilité d'adhérer au régime Confort.

Il s'agit d'une adhésion facultative qui vaut pour l'assuré et l'ensemble de ses bénéficiaires, et dont la cotisation supplémentaire, entièrement à la charge du salarié, est retenue sur son salaire.

La demande d'adhésion au régime Confort doit être formulée auprès du Service des Ressources Humaines à la date d'embauche.

Le choix de l'adhésion à un des deux régimes est définitif jusqu'au 31 décembre 2027, sauf en cas de changement de situation familiale (mariage, divorce, naissance, décès...) ou en cas de modification significative des taux de cotisations (supérieure à 5 %).



Vos garanties Frais de santé détaillées au 01.01.24

Les prestations garanties par votre régime de base interviennent en complément de celles versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels.

Garanties	Régime de base obligatoire	Régime Confort facultatif
Hospitalisation (y compris assurance Maternité)		
Honoraires		
En secteur conventionné		
• Médecin adhérent au DPTAM	100 % du TM + 280 % de la BR	100 % du TM + 480 % de la BR
• Médecin non adhérent au DPTAM	100 % du TM + 100 % de la BR	100 % du TM + 100 % de la BR
En secteur non conventionné	100 % de la BR	100 % de la BR
Frais de séjour		
En secteur conventionné	300 % de la BR	100 % des FR - % du RSS
En secteur non conventionné	300 % de la BR	90 % des FR - % du RSS
Forfait journalier	Pris en charge	Pris en charge
Forfait Patient Urgence (FPU)	Pris en charge	Pris en charge
Franchise sur actes techniques	Pris en charge	Pris en charge
Chambre particulière	60 € par jour	80 € par jour
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	30 € par jour	2,5 % du PMSS par jour, soit 96,60 €
Frais médicaux courants (y compris assurance Maternité)		
Consultations et visites généralistes		
• Médecin adhérent au DPTAM	100 % du TM + 70 % de la BR	100 % du TM + 170 % de la BR
• Médecin non adhérent au DPTAM	100 % du TM + 50 % de la BR	100 % du TM + 100 % de la BR
Consultations et visites spécialistes		
• Médecin adhérent au DPTAM	100 % du TM + 100 % de la BR	100 % du TM + 200 % de la BR
• Médecin non adhérent au DPTAM	100 % du TM + 50 % de la BR	100 % du TM + 100 % de la BR
Actes de spécialité		
• Médecin adhérent au DPTAM	100 % du TM + 130 % de la BR	100 % du TM + 200 % de la BR
• Médecin non adhérent au DPTAM	100 % du TM + 110 % de la BR	100 % du TM + 100 % de la BR
Actes de radiologie		
• Médecin adhérent au DPTAM	100 % du TM + 90 % de la BR	100 % du TM + 170 % de la BR
• Médecin non adhérent au DPTAM	100 % du TM + 70 % de la BR	100 % du TM + 100 % de la BR
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kiné...)	100 % de la BR	200 % de la BR
Analyses médicales acceptées	100 % de la BR	200 % de la BR
Analyses médicales refusées	Néant	150 € par an et par bénéficiaire
Transport des malades	140 % de la BR	400 % de la BR
Ostéopathie	25 € par séance (maximum de 3 par an et par bénéficiaire)	30 € par séance
Consultations psychologiques : dispositif « MonPsy »	Prise en charge dans la limite de 8 séances par an et par bénéficiaire	Prise en charge dans la limite de 8 séances par an et par bénéficiaire
Pharmacie		
Pharmacie	100 % du TM	100 % du TM
Vaccins non remboursés par la SS	6 % du PMSS par an et par bénéficiaire, soit 231,84 €	6 % du PMSS par an et par bénéficiaire, soit 231,84 €

LES FRAIS DE SANTÉ

Garanties	Régime de base obligatoire	Régime Confort facultatif
Actes de prévention		
L'ensemble des actes de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale est pris en charge au titre du contrat, dans les limites des garanties concernées avec au minimum le ticket modérateur.		
Frais dentaires		
Prestations remboursées par la SS		
Soins et prothèses « 100 % Santé »	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation
Soins et prothèses « hors 100 % Santé »		
Soins dentaires	80 % de la BR	300 % de la BR
Inlays / onlays	140 % de la BR	400 % de la BR
Prothèses dentaires	300 % de la BR	400 % de la BR
Couronne sur implant	250 € par dent (max de 2 par an et par bénéficiaire)	350 € par dent (max de 2 par an et par bénéficiaire)
Orthodontie	250 % de la BR	300 % de la BR
Prestations non remboursées par la SS		
Prothèses dentaires		
• Pilier de bridge sur dent saine	300 % de la BR reconstituée	400 % de la BR reconstituée
Implantologie		
• Pose de l'implant racine + phase préparatoire	280 € par dent (max de 2 par an et par bénéficiaire)	300 € par dent (max de 2 par an et par bénéficiaire)
• Faux moignon (pilier) implantaire	100 € par dent (max de 2 par an et par bénéficiaire)	150 € par dent (max de 2 par an et par bénéficiaire)
Orthodontie	70 % de la BR reconstituée TO 90	70 % de la BR reconstituée TO 90
Prothèses auditives		
Aide auditive « 100 % Santé »	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente (PLV)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente (PLV)
Aide auditive « hors 100 % Santé »		
Aide auditive	100 % du TM + forfait de 260 € par an et par bénéficiaire	10 % du PMSS, soit 386,40 €
Orthopédie - petit et gros appareillage		200 % de la BR + forfait de 260 € par an et par bénéficiaire
Piles d'appareil acoustique remboursées par la SS	60 € par an et par bénéficiaire	60 € par an et par bénéficiaire
Frais d'optique		
Limitation à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans pour les adultes et les enfants entre 16 ans et 18 ans, ou un par an en cas d'évolution de la prescription de l'ophtalmologiste ou pour les enfants de moins de 16 ans		
Équipements « 100 % Santé » (y compris prestations d'appairage)	Prise en charge intégrale dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Équipements « hors 100 % Santé »		
• Verre	Voir grille optique Santéclair	Voir grille optique Santéclair
• Monture Adulte	100 € (y compris SS)	100 € (y compris SS)
• Monture Enfant	90 € (y compris SS)	100 € (y compris SS)
• Lentilles remboursées ou non y compris jetables	100 % du TM + 180 € par an et par bénéficiaire	100 % du TM + 250 € par an et par bénéficiaire
• Chirurgie réfractive	450 € par œil	450 € par œil
Autres dépenses		

LES FRAIS DE SANTÉ

Garanties	Régime de base obligatoire	Régime Confort facultatif
Maternité - Adoption Allocation de naissance ou d'adoption Cures thermales acceptées par la SS	160 € par enfant déclaré dans la limite des frais réels restant à charge	160 € par enfant déclaré dans la limite des frais réels restant à charge
Honoraires	100 % de la BR	100 % de la BR
Forfait	150 € par cure	25 % du PMSS, soit 966 €
Allocation obsèques (conjoint, enfant à charge)	1 000 €	1 000 €

SS : Sécurité sociale - BR : base de remboursement - PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale de 3 864 €

Garanties	Surcomplémentaire obligatoire*
Hospitalisation (y compris assurance Maternité) Honoraires en secteur conventionné Médecin non adhérent au DPTAM	300 % de la BR
Frais médicaux courants (y compris assurance Maternité)	
Consultations et visites généralistes • Médecin non adhérent au DPTAM	100 % de la BR
Consultations et visites spécialistes • Médecin non adhérent au DPTAM	100 % de la BR
Actes de spécialité • Médecin non adhérent au DPTAM	100 % de la BR
Actes de radiologie • Médecin non adhérent au DPTAM	100 % de la BR

* Remboursement complémentaire au remboursement des régimes de base et Confort



Lexique

Base de remboursement (BR) : tarif dont tient compte la Sécurité sociale pour établir ses remboursements en secteur conventionné. La BR n'est pas reconstituée si les frais sont engagés en secteur non conventionné.

Franchises médicales : elles constituent des sommes restant obligatoirement à la charge des assurés sociaux dans la limite de 50 € par personne et par an. « *Ce dispositif est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008 et vise à financer le plan Alzheimer du gouvernement. Les franchises s'appliquent sur les boîtes de médicaments (0,50 € par boîte), les actes paramédicaux (0,50 € par acte le tout plafonné à 2 € par jour et par professionnel de santé) et les transports sanitaires (2 € par acte, le tout plafonné à 4 € par jour).* »

Le dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) remplace le contrat d'accès au soin (CAS) : il s'agit d'un contrat conclu entre l'Assurance maladie et les médecins qui le souhaitent. L'adhésion au DPTAM ouvre droit à un meilleur remboursement de la Sécurité sociale pour les assurés et à des charges moindres pour les médecins. Les médecins signataires s'engagent à ne pas faire dépasser leurs tarifs au-delà d'un taux moyen fixé annuellement, qui est au maximum de 100 % de la base de la Sécurité sociale. Le dispositif de pratique tarifaire maîtrisée est souscrit sur la base du volontariat et l'information est disponible sur le site ameli-direct.ameli.fr.

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical (optique, audiologie) correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

L'honoraire limite de facturation (HLF) a un principe similaire au PLV. Elle concerne les prothèses dentaires et correspond au prix maximum de vente. Plusieurs honoraires différents s'appliquent à la fois selon la position et le matériel de la prothèse ainsi que selon le panier de soins (panier 100 % Santé, panier libre prévu au contrat...).

Prothèses à tarifs libre : 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 tel que prévu à l'article L 162-9 du code de la Sécurité sociale.

Limitation à une paire de lunettes tous les 2 ans ou par an en cas d'évolution de la prescription de l'ophtalmologiste ou pour les enfants de moins de 16 ans (s'apprécie à la date de premier achat de l'équipement). La limitation est ramenée à un équipement tous les 6 mois pour un enfant de 0 à 6 ans sous conditions.

Participation forfaitaire de 18 € : à la charge de l'assuré, elle est prévue pour tous les actes techniques dont le tarif est supérieur ou égal à 120 € ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, qu'ils soient réalisés à l'hôpital ou non. Cette participation n'est pas remboursée par la Sécurité sociale mais prise en charge au titre de votre contrat.

Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) : 3 864 € en 2024

Salaires annuels bruts : il est composé comme suit :

- Tranche A : la tranche A de rémunération annuelle est celle limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale
- Tranche B : la tranche B est la tranche de rémunération annuelle comprise entre une et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale
- Tranche C : la tranche C est la tranche de rémunération annuelle comprise entre quatre et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale

Plafond annuel de la Sécurité sociale 2024 : 46 368 €

La réforme « 100 % Santé » pour améliorer l'accès aux soins

L'objectif de la réforme est de favoriser l'accès à des soins de qualité, avec une prise en charge à 100 % dans le domaine de l'Optique, du Dentaire et de l'Audiologie.

En effet, les constats sont les suivants :



¹ Source : commission des comptes de la santé ² Sources : CNDS et INSEE 2014 ³ Sources : EHIS-ESPS, DRESS-IRDES 2014
Reste à charge = dépense - remboursements Sécurité sociale et complémentaire santé

Pour les 3 domaines concernés (lunettes, prothèses dentaires en 2020 et prothèses auditives en 2021), des paniers 100 % Santé sont créés, avec des équipements prédéfinis et des prix encadrés. Ces soins et équipements sont remboursés par la Sécurité sociale et les complémentaires santé.

En dehors de ce nouveau panier 100 % Santé, les soins et équipements sont remboursés sur la base des garanties de votre mutuelle actuellement en vigueur et ceci en fonction de l'option choisie, Base ou Confort.

Toutes les autres garanties demeurent inchangées.

En dentaire

LE PANIER 100 % SANTÉ

Les dentistes devront proposer la solution la plus adaptée en prothèse (pas de changement pour les soins dentaires), en intégrant aussi souvent que possible des solutions 100 % Santé.

Les garanties proposées dans le panier 100 % Santé :

- Certaines prothèses (couronne, bridge, appareil amovible...) seront prises en charge intégralement avec un prix limite de vente en fonction du matériau (métallique, céramique...) et de la position de la dent (visible ou non)



Infos +

En plus de l'offre 100 % Santé et pour un reste à charge maîtrisé, certains équipements font l'objet de prix plafonnés.

Un service d'analyse des devis est mis à disposition par Génération. Transmettez systématiquement votre devis dentaire à Génération afin de connaître la prise en charge de votre contrat en fonction de la solution proposée par votre dentiste.

LES FRAIS DE SANTÉ



En optique

DEPUIS 2020 - TOUS LES OPTICIENS PROPOSENT UN PANIER 100 % SANTÉ DANS LES CONDITIONS SUIVANTES :

- Monture
 - Un prix maximum est fixé à 30 €
 - Un choix est offert parmi 17 modèles pour les adultes et 10 pour les enfants (en 2 couleurs)
- Verres
 - Prise en charge intégrale de toutes les corrections avec des prix maximum imposés
 - Avec des traitements obligatoires : anti-rayure, anti-reflet et aminci (selon la correction)

DEPUIS 2020 - LES OPTICIENS DU RÉSEAU SANTÉCLAIR PROPOSENT UN PANIER 100 % SANTÉ QUI EST AMÉLIORÉ DANS LES CONDITIONS SUIVANTES :

- Monture : un choix de 81 modèles origine France Garantie pour le prix maximum de 30 €
- Verres
 - Verres de marque avec prise en charge de toutes les corrections
 - Avec des traitements obligatoires : anti-rayure, anti-reflet et aminci (selon la correction)
 - Vous pouvez géolocaliser les opticiens en vous connectant sur votre espace personnel www.generation.fr

Infos +

- Un devis 100 % Santé devra être obligatoirement présenté par les opticiens
- Un panachage est possible entre les verres et la monture du panier 100 % Santé ou du panier libre. Par exemple, il est possible de choisir uniquement les verres dans l'offre 100 % Santé ou l'inverse
- Un renouvellement est possible tous les 2 ans (à compter de la dernière date d'achat) et tous les ans en cas d'évolution définie de la vue ou pour les enfants de moins de 16 ans
- Un remboursement maximum de la monture par les complémentaires santé est fixé à 100 €

VOS SOLUTIONS D'ACHATS DE LUNETTES EN 2024

		Monture	Verres	Votre reste à charge
Panier 100 % Santé	Opticien Santéclair	Choix de 81 montures made in France	Verres de marque Classe A	Aucun
	Opticien non Santéclair	Choix de 55 modèles de montures	Verres Classe A	
Panier libre	Opticien Santéclair	Tous types de montures	Tous types de verres de marque avec toutes les options	Aucun pour les verres Variable pour la monture après une remise de 15 %
	Opticien non Santéclair		Tous types de verres avec toutes les options	Variable en fonction du prix facturé et des garanties du contrat pour les verres et la monture

En audiologie

Les garanties proposées dans le panier « 100 % Santé » :

- Des équipements sont référencés pour leur performance technique et esthétique
- Des garanties sont associées (casse, réglage, adaptation...)
- Un choix est offert parmi, au minimum, 3 options de confort (système anti-acouphène, connectivité...)
- Une garantie de 4 ans est incluse

Infos +

- Un devis « 100 % Santé » devra être obligatoirement proposé par les audioprothésistes
- Un renouvellement est possible tous les 4 ans
- Des actions de prévention sont mises en place
- Un remboursement maximum des complémentaires santé est fixé à 1 700 € par oreille (y compris le régime obligatoire)
- Un remboursement maximum de la monture par les complémentaires santé est fixé à 100 €

Vos garanties optiques

Classe de défauts visuels pour les verres unifocaux et multifocaux

Classes unifocales	Correction visuelle	Correspondance niveau ANI et contrat responsable
Adultes et enfants		
101	Sphère comprise entre - 4 et + 4, cylindre de 0 à 2	SIMPLE
102	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 ≤ 6 Sphère de 0 à + 4 et cylindre de 2,25 à 6 et S + C ≤ 6	
103	Sphère de - 8 à - 6,25 et cylindre de 0 à 4 Sphère de - 8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 Sphère de 0 à + 8 et S + C > 6	COMPLEXE
104	Sphère hors zone de - 8,25 à + 8,25 / Tout cylindre	
Classes multifocales		
111	Sphère comprise entre - 4 et + 4, cylindre de 0 à 2	COMPLEXE
112	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 ≤ 8 Sphère de 0 à + 5,75 et cylindre de 2,25 à 8 et S + C ≤ 8	
113	Sphère de - 8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 Sphère de 0 à + 8 et S + C > 8	TRÈS COMPLEXE
114	Sphère hors zone de - 8,25 à + 8,25 / Tout cylindre	

Grilles optiques

Limite de consommation : 1 équipement tous les 2 ans pour les adultes et les enfants entre 16 ans et 18 ans (ramené à 1 an en cas de changement de défaut de vision) et 1 équipement par an pour les enfants de moins de 16 ans.

Prestations venant y compris celles versées par la Sécurité sociale, et dans la limite des frais engagés. Les tarifs négociés dans le réseau permettent d'assurer que l'équipement garanti ne dépasse pas les plafonds du contrat responsable dans la majorité des cas. Pour les quelques exceptions qui pourraient survenir, un blocage informatique est mis en place afin de limiter la prise en charge aux-dits plafonds.

		Dans le réseau Santéclair *	Prestations par verre hors réseau Santéclair*	
			Régime de Base	Régime Confort
Classes unifocales	101	0 € de reste à charge sur tous les verres et traitements	50 €	60 €
	102		67 €	85 €
	103		95 €	110 €
	104		130 €	190 €
Classes multifocales	111	0 € de reste à charge sur tous les verres et traitements	130 €	150 €
	112		160 €	190 €
	113		190 €	230 €
	114		220 €	280 €
Prestations d'adaptations, filtres et suppléments optiques		0 € de reste à charge	100 % de la BR	

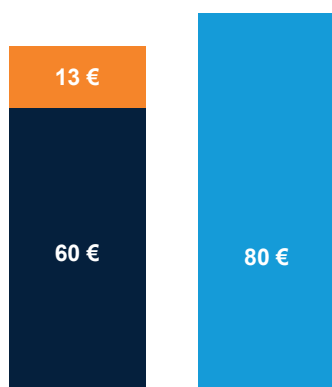
* Dans la limite des planchers prévus par la loi de sécurisation de l'emploi (décret du 8 septembre 2014) et des plafonds prévus par le contrat responsable (du 18 novembre 2014), en fonction des corrections visuelles

** La classe 204 enfant concerne également les verres multifocaux enfants

Quelques exemples de remboursement

Ces exemples de remboursement sont donnés à titre indicatif pour faciliter la compréhension et la comparaison des garanties dans le cas général. Ils ne sauraient se substituer aux documents contractuels de l'assureur.

Remboursement maximum (y compris Sécurité sociale)



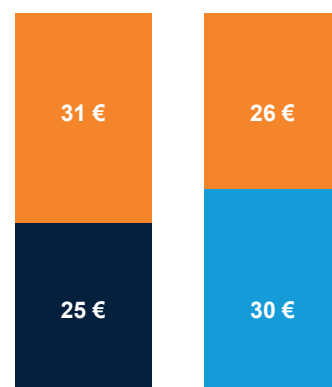
Chambre particulière

Prix moyen pratiqué : 73 €
Remboursement du RO : 0 €



Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM) pour une opération chirurgicale de ménisectomie du genou par arthroscopie

Prix moyen pratiqué : 540 €
Remboursement du RO : 191,43 €



Séance d'ostéopathie

Prix moyen pratiqué : 56 €
Remboursement du RO : 0 €



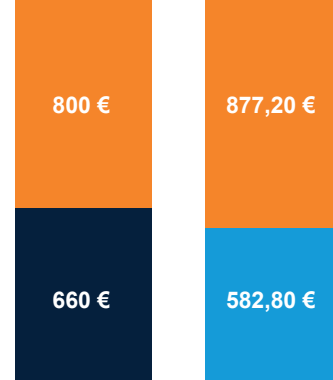
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (tarif libre)

Prix moyen pratiqué : 505 €
Remboursement du RO : 72 €



Traitement semestre orthodontie (moins de 16 ans - 6 semestres max)

Prix moyen pratiqué : 402 €
Remboursement du RO : 193,50 €



Aide auditive de classe II par oreille

Prix moyen pratiqué : 1 460 €
Remboursement du RO : 240 €

* Le dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) est un contrat conclu entre l'Assurance maladie et les médecins qui le souhaitent (cf détails page 17).

La garantie Assistance Prima

Vous bénéficiez de la garantie Prima Assistance dont l'objectif, associée à votre complémentaire santé, est de vous aider à faire face à certains événements imprévus de la vie.

Cette assistance peut intervenir dans la vie de tous les jours :

- Au domicile
- En déplacement à plus de 50 km du domicile et dans le monde entier

Contactez le **0 800 100 010** Service & appel gratuits

N° de convention AG2R : 620 339



Les différents services

Allô infos

Des renseignements :

- Vie pratique (formalités, cartes, permis, formation, vacances, activités culturelles...)
- Juridiques (logement, impôts, fiscalité, assurances, allocations, retraités, contrats de travail, sociétés, droits du consommateur, familles, mariage, divorce...)

En cas de maladie ou blessures

- Rapatriement ou transport sanitaire,
- Présence auprès du bénéficiaire hospitalisé
- Prolongation de séjour à l'hôtel
- Prise en charge complémentaire des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation engagés à l'étranger

En cas de décès

- Prise en charge du billet de train ou d'avion pour se rendre du lieu de voyage au lieu d'inhumation d'un membre de la famille
- Organisation et prise en charge du transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation du bénéficiaire

Allô infos santé

- Informations médicales vie courante (numéros utiles en France : centre antipoison par exemple, centres de cures thermales, prévention...)
- Informations médicales préliminaires à un voyage (vaccinations obligatoires et conseillées, procédures de règlement de frais médicaux à l'étranger...)

Une assistance spécifique

Assistance au domicile

- En cas de maladie et d'accident : recherche d'un médecin, recherche de médicaments, recherche et envoi d'une infirmière
- En cas d'hospitalisation : recherche et réservation d'une place en milieu hospitalier, aide ménagère au domicile, transfert des enfants ou petits enfants en France métropolitaine, garde des enfants, présence au chevet d'un membre de la famille, télévision

Le fonds d'action sociale

Qui peut en bénéficier ?

Dans une situation particulière ou face à des dépenses de santé exceptionnelles, vous, ou vos ayants droit adhérent à la mutuelle, pouvez obtenir un secours financier de la part d'AG2R.

Quelles sont les aides ?

Le Fonds d'action sociale intervenir pour toutes dépenses de santé et annexes :

- Aide à la santé : complément aux régimes de base (prothèses dentaires, auditives), aménagement du domicile...
- Aides aux veuves et veufs : bourse d'étude pour les enfants à charge, protection juridique, frais d'obsèques...
- Aide financière aux personnes en situation précaire : prêts sociaux, frais de chauffage...
- Aide aux chômeurs : prise en charge de la cotisation santé complémentaire, stages pour aider au retour à l'emploi...
- Aide en faveur des personnes handicapées : aménagement du logement, du véhicule...

Comment en bénéficier ?

Pour bénéficier du Fonds d'action sociale, vous devez remplir un formulaire qui est à votre disposition auprès du service des Ressources humaines et l'accompagner des justificatifs suivants :

- Dernier avis d'imposition ou de non imposition
- Relevés bancaires des trois derniers mois justifiant les ressources et charges du foyer
- Derniers bulletins de salaires du dernier mois des personnes vivant au foyer
- Tout justificatif utile à la demande

Vous devez ensuite adresser votre dossier directement à AG2R.

L'attribution d'un secours financier ne présente pas un caractère automatique mais est appréciée au cas par cas sur la base de critères objectifs. Les modalités d'attribution des aides sont décidées lors de commissions paritaires composées des administrateurs d'AG2R qui se déroulent 4 fois par an.

Vos partenaires



Gère

- Génération gère vos prestations
Arrêt de travail et instruit les dossiers Invalidité et Décès



AG2R LA MONDIALE

Porte le risque

- Le contrat d'assurances collectives Prévoyance est souscrit auprès de AG2R, le porteur de risques

Clause de désignation de bénéficiaire

Le régime de Prévoyance dont vous bénéficiez protège vos proches par le versement de capitaux en cas de décès. Ces capitaux sont versés aux bénéficiaires que vous avez désignés lors de votre adhésion. Une clause de désignation standard est prévue dans le contrat d'assurance. Elle s'applique par défaut si vous aucune désignation particulière n'est faite ou si cette dernière est caduque.

La clause de désignation standard de votre contrat est la suivante :

« En cas de décès du participant, les capitaux sont attribués selon l'ordre suivant :

- Au conjoint non séparé judiciairement, ou à défaut au partenaire lié par un PACS au participant,
- À défaut, par parts égales entre eux, aux enfants du participant nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession, légitimes, reconnus ou adoptifs,
- À défaut de descendance directe, par parts égales entre eux, à ses parents ou grands-parents survivants,
- À défaut de tous les susnommés, les capitaux reviennent aux héritiers »

CONCUBIN : pour le bénéfice du capital décès, le concubin n'est pas considéré comme conjoint. Dans ce cas, si le capital lui est destiné, l'assuré doit le citer nommément comme bénéficiaire particulier.

Vous avez la possibilité, de modifier cette clause à tout moment

- Par acte authentique (devant un notaire)
- Par acte dit « sous seing privé » à l'aide de l'imprimé spécifique à demander auprès du service des Ressources humaines

Vos services Prévia



Prévia est une société experte en santé et qualité de vie au travail, avec 1 300 professionnels référencés en réseau (psychologues, diététiciens, sophrologues...), ainsi que des médecins, infirmiers, coordinateurs RH, ergonomes, coaches, médiateurs et préparateurs physiques.

Les salariés en longue maladie et indemnisés par le régime Prévoyance peuvent bénéficier d'un accompagnement sur-mesure pour favoriser leur retour au travail. La démarche est basée sur le volontariat du salarié et fera l'objet d'une proposition individualisée et structurée sur une période allant de 6 à 12 mois.

Vos services WPO



WPO est une entreprise pionnière en Europe dans le développement du bien-être au travail. Une équipe pluridisciplinaire et un réseau de plus de 1 500 intervenants spécialisés dans l'accompagnement psychosocial par téléphone et/ou en face à face.

Un accompagnement des salariés

Service confidentiel d'écoute et d'accompagnement psychosocial afin d'aider les salariés et leurs ayants droit à résoudre leurs difficultés (difficultés professionnelles, problèmes personnels, difficultés familiales, problématiques d'addiction...).

Qui a droit au service ?

Le service d'accompagnement psychosocial est accessible à tous les salariés de l'entreprise et à leurs ayants droit.

Combien y a-t-il d'heures de consultation ?

Après échange avec le salarié, WPO détermine le nombre d'heures d'accompagnement adapté à la problématique rencontrée.

Le service est-il confidentiel ?

La confidentialité est l'une des bases fondamentales du programme. Tous les intervenants psychosociaux se conforment au code de déontologie de leur profession. Les interventions réalisées par les professionnels du réseau de WPO sont effectuées dans le respect de la personne et la stricte confidentialité des informations obtenues tout au long de l'accompagnement.

Comment accéder au service ?

Il vous suffit de téléphoner en toute confidentialité. Le service est accessible 24h/24 et 7j/7. Lors de votre appel, WPO recueille les informations nécessaires à l'ouverture de votre dossier afin qu'un intervenant psychosocial puisse vous rappeler dans les plus brefs délais pour vous proposer un rendez-vous, à votre convenance, pour une rencontre à son cabinet.



Contactez le **0 800 00 67 01** Service & appel gratuits

Utilisation du service sans aucuns frais, il n'y a aucun paiement à effectuer lors des consultations, ni de pièces justificatives à présenter.

Génération



Web et Mobile

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



Accueil téléphonique 24h/24 et 7j/7

02 98 51 38 00 (tarif local)

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

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

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

Adresse postale

Génération 29080 QUIMPER Cedex 9

Santclair

0 810 000 047 Service 0,05 € / appel
+ prix appel

Du lundi au vendredi de 9h à 19h30

Le samedi de 9h00 à 17h00

WPO

Contactez le **0 800 00 67 01** Service & appel gratuits

Utilisation du service sans aucuns frais, il n'y a aucun paiement à effectuer lors des consultations, ni de pièces justificatives à présenter.

lisi

Les informations figurant dans le présent document ne sauraient avoir une valeur contractuelle.
Il convient de se référer à la globalité des dispositions du contrat concerné pour en connaître les clauses et conditions.