

REGIME FRAIS DE SANTE DE L'ENSEMBLE DES SALARIES DE L'UNITE ECONOMIQUE ET SOCIALE CAPGEMINI

Ce document vous présente le résumé des prestations du nouveau régime frais de santé à effet du 01/01/2007, et vous indique les démarches administratives nécessaires à la bonne gestion de votre dossier par Gras Savoye.

LE PRESENT REGIME EST SOUSCRIT AUPRES D'UNIPREVOYANCE (INSTITUTION DE PREVOYANCE REGIE PAR LE CODE DE LA SECURITE SOCIALE) ET LA NOTICE D'INFORMATION VOUS SERA REMISE ET SERA A VOTRE DISPOSITION A COMPTER DU 01/01/2007 AUPRES DU SERVICE DU PERSONNEL ET DE LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES AINSI QUE SUR LE WEB SOCIAL.

MISE A JOUR JUILLET 2007

Le contrat s'applique obligatoirement à tous les salariés cadres et non cadres, dénommés « participants », présents dans l'entreprise au 1^{er} janvier 2007, ou postérieurement dès leur date d'embauche.

Il cesse de s'appliquer à la date de résiliation du contrat d'adhésion, à la date de départ du participant de l'entreprise, à la date de liquidation de la retraite de la Sécurité sociale et au plus tard au 65^{ème} anniversaire du participant.

- Ø Le participant,
 - Ø Ses AYANTS DROIT ci-après définis :
 - Le CONJOINT à charge au sens de la Sécurité sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés,),
 - En l'absence de conjoint, le CONCUBIN :
 - à charge au sens de la Sécurité sociale,
 - ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés,), sous réserve de la fourniture d'un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut un justificatif de domicile commun.
 - En l'absence de conjoint ou concubin, le PARTENAIRE, lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) :
 - à charge au sens de la Sécurité sociale,
 - ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés,), sous réserve de la fourniture d'une copie dudit pacte.
 - Les ENFANTS légitimes, reconnus, naturels, adoptifs, recueillis ou à naître :
 - à charge au sens de la Législation Fiscale ou au sens de la Législation sur les Allocations Familiales,
 - âgés de moins de 18 ans,
 - âgés de moins de 28 ans, poursuivant des études secondaires ou supérieures,
 - âgés de moins de 28 ans inscrits à l'Agence Nationale Pour l'Emploi (ANPE) en tant que primo-demandeur d'emploi, ou effectuant un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré,
 - âgés de moins de 28 ans sous contrat d'apprentissage,
 - sans limitation de durée en cas d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale avant le 21^{ème} anniversaire, les mettant dans l'impossibilité de se livrer à une activité professionnelle.
- Il est précisé que les enfants à charge au sens de la Législation Fiscale sont ceux du participant ou de son conjoint non séparé ou les enfants de ses ex-conjoints au profit desquels des pensions alimentaires lui ont été imposées par décision de justice.
- Les ASCENDANTS à charge au sens de la Sécurité sociale.
 - Les ASCENDANTS de son conjoint, de son concubin ou du partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à charge au sens de la Sécurité sociale.
- Ø Dans l'hypothèse où le conjoint, la personne liée au participant par un Pacte Civil de Solidarité, ou le concubin bénéficie d'une garantie de même nature, en qualité de salarié au sein d'une autre entreprise, les garanties mises en œuvre en application du dispositif institué par le présent accord ne trouveront à s'appliquer qu'après l'intervention de cette première garantie. En tout état de cause, le cumul des prestations attribuées par la Sécurité sociale, par le présent dispositif et par tout autre dispositif est limité aux frais réellement engagés.

QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

Les remboursements complètent ceux faits par la Sécurité sociale et/ou tout autre organisme, dans la limite des frais réellement engagés (les définitions et les exemples de remboursements figurent en page suivante).

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS
CONSULTATION - VISITE Conventionné Non conventionné	100% FR - Rbt SS / limite 250%TC
TRANSPORT	100% BR - Rbt SS
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX Conventionné Non conventionné	100% FR - Rbt SS / limite 477% du Rbt SS si prise en charge à 70% ou 400% si prise en charge à 60% Néant
RADIOLOGIE (actes d'imagerie, échographie et doppler), AUXILIAIRES MÉDICAUX Conventionné Non conventionné	100% FR - Rbt SS / limite 477% du Rbt SS si prise en charge à 70% ou 400% si prise en charge à 60% Néant
LABORATOIRES Conventionné Non conventionné	100% FR - Rbt SS Néant
PHARMACIE	100% TM
VACCINS prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non remboursés par la S.S.) : Garantie en vigueur à compter du 01/07/2007	Remboursement limité à 6% du PMSS par an et par bénéficiaire
OPTIQUE Monture (* Le montant de l'indemnité complémentaire pour la monture est fixé à : 5 % du PMSS par an et par bénéficiaire, ou 7 % du PMSS si le bénéficiaire n'a pas changé de monture au cours des 2 années civiles précédant la date de facturation. Ce délai de 2 ans court au plus tôt à partir du 1er Janvier 2007 ou date d'embauche ultérieure. Il est précisé qu'une année civile s'entend du 1er Janvier au 31 Décembre.	1 paire de lunettes / an / bénéficiaire sauf verres pour les enfants < 15 ans si changement de correction 5% PMSS / an OU 7% PMSS tous les 2 ans (*)
Verres (garantie applicable à chaque verre)	95% FR - Rbt SS avec grille optique : - verre simple (correction < 6,25 dioptries) : plafond 4% PMSS - verre complexe (correction = ou > 6,25 dioptries) : plafond 10% PMSS - verre progressif (quelle que soit la dioptrie) : plafond 10% PMSS
Lentilles cornéennes remboursées ou non remboursées par la Sécurité sociale	5% PMSS (la paire)
Lentilles cornéennes correctrices jetables	5% PMSS (forfait annuel fractionnable)
Opération de la myopie	10% PMSS / œil
DENTAIRE Soins dentaires Inlays / Onlays Prothèses prises en charge SS Prothèses non prises en charge SS : - Prothèses - Implants (soumis à accord préalable obligatoire) - Piliers de bridge sur dent saine Orthodontie acceptée par la SS Orthodontie refusée par la SS	100% FR - Rbt SS / limite 300%TC 100% FR - Rbt SS / limite 350%TC 100% FR dans la limite de 17% PMSS 100% FR dans la limite de 17% PMSS 100% FR - Rbt SS / limite 300% TC Néant
AUTRES PROTHÈSES (ORTHOPÉDIE AUDITION)	100% FR - Rbt SS / limite 477% Rbt SS
CHIRURGIE / HOSPITALISATION Honoraires médicaux / chirurgicaux Conventionné Non conventionné	100% FR - Rbt SS / limite 600% TC
Frais de séjour et d'environnement Conventionné Non conventionné	100% FR - Rbt SS / limite 600% TC
Forfait hospitalier Supplément chambre particulière Lit accompagnement enfant	100% FR 2,5% PMSS / jour 1,5% PMSS / jour
CURES THERMALES	20% PMSS
FRAIS DE MATERNITÉ (* Dans la limite des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale	20% PMSS (*)
OSTÉOPATHIE 2 Actes de prévention contrats "responsables" : Détartrage complet sus et sous gingival des dents (en 2 séances max.) Dépistage hépatite B	100% TM
FORFAIT PREVENTION : Bilan prophylaxie dentaire (test salivaire), Consultations de diététiciens (enfants moins de 12 ans), Sevrage tabagique (limite 70% FR / bénéficiaire de + de 16 ans)	Forfait global annuel de 120 €

QUELQUES DEFINITIONS

TC : Tarif de Convention ou BR : Base de Remboursement (nouvelle nomenclature)

FR : Frais réels

Rbt SS : Remboursement de la Sécurité sociale

TM : Ticket Modérateur (différence entre le TC ou BR et le remboursement de la Sécurité sociale).

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale au 01/01/2007 : 2.682 €

Secteur conventionné : ensemble des praticiens et établissements qui ont signé une convention de tarif avec la Sécurité sociale.

Secteur non conventionné : ensemble des praticiens n'ayant pris aucun engagement de tarif avec la Sécurité sociale.

QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS (REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE)

NATURE DE L'ACTE CONVENTIONNE	FRAIS REELS	TARIF DE CONVENTION	REMBOURSEMENT SECURITE SOCIALE	REMBOURSEMENT CONTRACTUEL	RESTE A CHARGE DE L'ASSURE
Consultation Généraliste (au 01/07/07) Dans le parcours de soins	22 €	22 €	15.40 € - 1 €	6.60 €	1 €
Consultation Généraliste Hors parcours de soins	30 €	22 €	13.20 € - 1 €	14.60 €	3.20 €
Consultation Spécialiste Dans le parcours de soins	50 €	23 €	16.10 € - 1 €	33.90 €	1 €
Consultation Spécialiste Hors parcours de soins	50 €	23 €	13.80 € - 1 €	25.90 €	11.30 €
Prothèse Dentaire acceptée par la S.S. Couronne SPR* 50	470 €	107.50 €	75.25 €	376.25 €	18.50 €

- La Sécurité sociale codifie les prothèses dentaires en nombre de SPR. Le SPR 50 représente la codification maximale de la Sécurité sociale pour une couronne.

QUELLES SONT LES GARANTIES D'ASSISTANCE ?

Vous bénéficiez de prestations d'assistance à domicile en complément des garanties frais de santé, en cas notamment d'hospitalisation de plus de 24 heures.

Les prestations d'assistance concernées sont :

- renseignements « vie pratique », questions d'ordre médical,...
- garde d'enfants malades,
- aide ménagère,
- soutien scolaire,
- soins à domicile,
- assistance obsèques.

Le numéro de la convention d'assistance est le 5000179*02 et est à mentionner dans toute correspondance ou demande d'intervention. Un simple appel vous permettra d'accéder à l'ensemble de ces services :

 N°Azur 0810 183 183

PRIX APPEL LOCAL

COMMENT FONCTIONNE LE TIERS-PAYANT ?

Les accords médicaux de tiers payant vous permettent d'accéder à des soins parfois coûteux, par la mise en place de dispositifs de règlement direct entre SP SANTE (organisme de tiers payant) et les Professionnels de Santé.

Ces dispositifs résultent des conventions passées avec nos partenaires, dans le cadre de la réglementation de l'assurance-maladie, pour les domaines suivants : **Pharmacie, Radiologie et Laboratoires d'analyses médicales.**

Le principe de fonctionnement

Vous recevrez une attestation de tiers-payant SP Santé mentionnant les bénéficiaires sauf votre conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un PACS) s'il bénéficie d'une autre mutuelle.

Cette attestation, présentée aux professionnels de santé précités, vous permet de bénéficier d'une dispense d'avance de frais, qui porte sur la dépense engagée, c'est-à-dire sur la part Sécurité sociale et la part complémentaire.

La part complémentaire, limitée au ticket modérateur, est versée par Gras Savoye directement au praticien.

En cas de radiation de votre adhésion, vous devez restituer votre attestation de tiers payant.

Remboursement dans le cas où les honoraires sont supérieurs au tarif (TC ou BR) de la Sécurité sociale : le tiers payant n'est pas possible

En cas de dépassement de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale, adressez-nous le justificatif du montant payé pour obtenir le remboursement, dans la limite des garanties.

Comment bénéficier du tiers-payant ?

Pour bénéficier des accords réservés aux titulaires de l'attestation SP SANTE, il suffit de présenter aux Professionnels de Santé :

- une prescription médicale,
- la carte vitale de la Sécurité sociale.
- l'attestation de tiers payant Santé Gras Savoye en cours de validité.

Attention : vous ne pouvez bénéficier du tiers-payant complémentaire que si votre professionnel de santé vous fait bénéficier du tiers-payant Sécurité sociale. Si vous avez bénéficié du tiers-payant Sécurité sociale, sans utiliser le tiers-payant complémentaire : adressez-nous le justificatif de paiement délivré par le professionnel de santé.

PRISE EN CHARGE EN CLINIQUE OU HOPITAL (Séjour de 24 heures au moins dans un Hôpital ou une Clinique)

Sur simple appel téléphonique ou demande par fax, nous délivrerons une prise en charge vous permettant de ne pas faire l'avance des frais (dans la limite des garanties).

Il faudra nous préciser les nom et prénom du malade, son numéro de Sécurité sociale, la date d'hospitalisation et l'adresse de l'établissement hospitalier, le service concerné et le numéro de télécopie.

COMMENT OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?

A l'aide de votre carte vitale, votre praticien établit une feuille de soins électronique (FSE) et transmet l'information directement à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) qui nous la télétransmet automatiquement ensuite.

Si votre praticien n'utilise pas ce procédé, vous devez adresser la feuille de soins à votre CPAM pour obtenir le remboursement.

Grâce à la télétransmission, la part complémentaire vous sera versée par Gras Savoye, dans la plupart des cas, quelques jours seulement après le remboursement de la Sécurité sociale par virement sur votre compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne sans que vous ayez à nous adresser votre décompte.

Dans ce cas, votre décompte de Sécurité sociale précisera la mention « transmis à Gras Savoye » ou « une copie de ce décompte a été transmise à Gras Savoye ».

Si cette procédure n'est pas encore en service pour vous ou l'un de vos ayants droit ne bénéficiant pas déjà d'une autre mutuelle, vous devez nous adresser l'original des décomptes de la Sécurité sociale.

Si vous bénéficiez d'une première « mutuelle », vous devez nous adresser le décompte original de celle-ci afin que nous complétions vos remboursements.

Pour les soins suivants adressez-nous vos justificatifs de dépenses :

- **POUR DES FRAIS D'OPTIQUE**
La prescription médicale, la facture de l'opticien ventilant les frais de verres, monture ou de lentilles, en indiquant la marque des produits.
- **POUR LES PROTHESES DENTAIRES ET L'ORTHODONTIE**
La facture ou note d'honoraires du praticien détaillant les actes pratiqués et la codification, élément par élément, des prothèses réalisées. Le remboursement des implants dentaires est soumis à un accord préalable obligatoire, sur présentation d'un devis dentaire détaillé avant exécution.
- **FRAIS ENGAGES DANS UNE CLINIQUE OU UN HOPITAL (Séjour de moins de 24 heures)**
La note d'honoraires dûment acquittée des frais engagés ou la facture de l'établissement hospitalier (formulaire E615).
- **CURE THERMALE ACCEPTEE PAR LA SECURITE SOCIALE**
La facture détaillée de l'établissement de cure.
- **VACCINS NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE**
L'original de la facture délivré par le pharmacien.

Un relevé mensuel vous est adressé lorsque le total des remboursements effectués est supérieur à 30 €. Dans le cas où le cumul des remboursements est inférieur à cette somme, l'envoi du relevé est trimestriel.

Comment consulter vos règlements frais de santé en ligne ?

Sur le site Internet (<http://extranet.grassavoye.com>) avec vos codes d'accès (identifiant : votre numéro d'adhérent qui figurera sur l'attestation de tiers-payant et votre mot de passe : jour et mois de naissance de l'adhérent : JJMM).

Gras Savoye vous informe : en laissant votre adresse de messagerie sur l'Extranet de Gras Savoye, vous recevrez une alerte email à chaque règlement.

RESEAU DE SOINS – INTEGRALE SANTE

Vous bénéficiez en outre des services d'AXA Santé « INTEGRALE SANTE » qui peut :

- vous donner un avis technique en matière dentaire, optique et d'audioprothèses sur la base d'un devis établi par votre professionnel de santé. Le centre vous communique l'avis technique de l'expert ainsi que le montant restant à votre charge après l'intervention du régime obligatoire et du présent contrat.
- vous communiquer les coordonnées d'un professionnel de santé partenaire qui s'est engagé à respecter des normes de qualité et de service clients ainsi qu'une offre de soins adaptée au besoin médical du bénéficiaire.

 N°Azur 0810 183 183

PRIX APPEL LOCAL

LES GARANTIES PEUVENT-ELLES ETRE MAINTENUES EN CAS DE DEPART DE LA SOCIETE ?

Conformément aux dispositions de la Loi Evin N° 89-1009, la couverture frais de santé peut être maintenue à titre individuel.

Le participant se verra proposer le choix d'une formule de garanties, sans formalités médicales ou conditions de période probatoire.

Il devra en faire la demande dans les six mois qui suivent la fin du contrat de travail.

Il en est de même pour les ayants droit d'un participant décédé.

Cette demande est à transmettre à Gras Savoye.

QUI REGLERA VOS SOINS REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE DEBUT 2007 ?

La date des soins retenue par la Sécurité sociale déterminera le gestionnaire des remboursements :

- ceux dont la date retenue par la Sécurité sociale est en 2006 mais remboursés en 2007 seront pris en charge par les gestionnaires des contrats en vigueur en 2006, selon les procédures habituelles,
- ceux dont la date retenue par la Sécurité sociale est en 2007 seront remboursés par Gras Savoye, selon les modalités précisées dans le présent document.

La télétransmission dirigera automatiquement vers chaque gestionnaire les informations en fonction de cette date.

IMPORTANT

Le contrat d'adhésion est conforme aux dispositions des articles R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale. En conséquence, il prévoit des conditions minimales de garanties et ne prend pas en charge les participations forfaitaires, la minoration du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements autorisés d'honoraires pour non respect du parcours de soins et refus d'accès au dossier médical.

Déchéance : l'assuré est déchu de ses droits aux prestations si les pièces justificatives ne parviennent pas à l'organisme assureur dans un délai de 2 ans à compter du jour du règlement effectué par la Sécurité sociale conformément aux dispositions légales.

N'oubliez pas d'informer par écrit Gras Savoye en cas de changement d'adresse, de coordonnées bancaires ou de modification de votre situation familiale.

QUI CONTACTER ?

Vous pouvez contacter le service gestion GRAS SAVOYE pour toutes demandes de renseignements concernant les garanties de Frais de Santé dont vous bénéficiez par l'intermédiaire de votre employeur.

UNE EQUIPE DEDIEE EST A VOTRE DISPOSITION DU LUNDI AU VENDREDI
DE 8H30 A 18H00

Par téléphone

 N°Azur 0 810 12 15 37

PRIX APPEL LOCAL

Ou

01 49 31 15 33

Par télécopie

01 58 84 19 30

Par courrier

GRAS SAVOYE

Service Gestion – Décompte 24

93 883 Noisy le Grand Cedex

LE PRESENT REGIME EST SOUSCRIT AUPRES D'UNIPREVOYANCE (INSTITUTION DE PREVOYANCE REGIE PAR LE CODE DE LA SECURITE SOCIALE) ET LA NOTICE D'INFORMATION VOUS SERA REMISE ET SERA A VOTRE DISPOSITION A COMPTER DU 01/01/2007 AUPRES DU SERVICE DU PERSONNEL ET DE LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES AINSI QUE SUR LE WEB SOCIAL.



GRAS SAVOYE

Société de courtage en assurances

2-8 rue Ancelle 92200 Neuilly Sur Seine – RCS 311 248 637 Nanterre