

MODALITES D'ADHESION POUR LE PERSONNEL EN ACTIVITE

VOTRE ADHESION

Pour bénéficier des prestations de la garantie complémentaire santé offerte par votre entreprise, nous vous demanderons de bien vouloir :

- > Remplir un bulletin individuel d'affiliation en choisissant votre niveau de garanties et en y faisant apparaître tous les membres de votre famille que vous souhaitez voir protégés,
- > Transmettre une copie de l'attestation de Sécurité sociale (fiche en papier accompagnant votre carte Vitale) en cours de validité pour chaque personne concernée :
 - Conjoint, partenaire lié par un PACS, concubin sous réserve de déclaration sur l'honneur et justificatif de domicile commun.
 - Enfant de moins de 26 ans sous réserve de justificatifs (certificat de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans, primo-employant...), enfant invalide au sens de la législation fiscale.
- > Joindre un RIB/IBAN ou RIP du compte sur lequel vos remboursements complémentaires seront versés.

Vous voudrez bien remettre tous ces documents au service du personnel **au plus vite**.

VOTRE NIVEAU DE PRESTATIONS

L'affiliation à l'option est facultative. En l'absence de choix, vous serez automatiquement affilié au régime de base. A votre initiative, un changement de niveau de garanties peut s'effectuer au 1er janvier de chaque année civile moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.

Tout changement de régime à la hausse implique une durée minimale de 2 ans avant de pouvoir à nouveau changer de niveau de garanties. Toutefois, vous pouvez solliciter un changement de niveau de garantie ou de structure de cotisation après une modification de votre situation familiale (sur justificatifs).

Le changement prend effet au 1^{er} jour du mois civil suivant votre demande après validation de votre service RH.

Le choix de l'option s'applique à l'ensemble des personnes assurées.

VOTRE COTISATION

- > **Partie obligatoire** : cotisation bénéficiant d'un financement employeur et précomptée sur votre bulletin de salaire.
- > **Parties facultatives** : concernent le choix des options ou les cotisations de vos ayants-droit, la cotisation entièrement à votre charge est prélevée directement sur votre compte bancaire à chaque début de mois. Pour ce faire, nous vous demandons de bien vouloir nous retourner le mandat SEPA complété et signé.

VOTRE RESEAU DE SOINS



VOS REMBOURSEMENTS

Le changement de complémentaire santé va nécessiter quelques modalités de mise en place.

Pour les soins dispensés à partir du 01/01/2021

Vous dépendrez du centre de gestion santé :

Collecteam

4 rue Léon Patoux - BP 203
51686 REIMS cedex 2

Pour les soins dispensés jusqu'au 31/12/2020

La procédure en vigueur avec votre mutuelle actuelle reste inchangée.

MODALITES D'ADHESION POUR L'ANCIEN PERSONNEL

VOS REMBOURSEMENTS

Le changement de votre situation n'entraîne aucune incidence sur le traitement de vos remboursements.

VOTRE COTISATION

La cotisation entièrement à votre charge est prélevée directement sur votre compte bancaire à chaque début de mois. Pour ce faire, nous vous demandons de bien vouloir nous retourner le mandat SEPA, que notre centre de gestion va vous transmettre, complété et signé.

Vous bénéficiez la 1^{ère} année de conditions tarifaires identiques à celles des actifs, puis elles augmentent progressivement de 25 % la 2^e année et de 50 % la 3^e année conformément aux obligations légales.

Pour toute information concernant les bénéficiaires, la télétransmission, les remboursements : **03 26 48 49 60**
(du lundi au vendredi de 8h - 12h30 / 13h00 - 18h00)

Email : adhesion@collecteam.fr

Pour accéder à votre dossier consulter **notre site internet** : <https://collecteam.gestion-sante.com>

Téléchargez notre application
santé et connectez-vous !



AVERTISSEMENT

De la rapidité à nous retourner votre dossier complet dépend le bon démarrage de vos remboursements de frais de santé. Nous comptons donc sur votre concours actif pour que ce changement puisse s'effectuer dans les meilleures conditions possibles.

 collecteam

VOUS ÉCOUTER, VOUS GUIDER
VOUS PROTÉGER

RESUME DE GARANTIES SANTE
Personnel non cadre

ASSOCIATION SOLIDOM



TABLEAU DES GARANTIES SANTE

| GARANTIES | | PRESTATIONS ⁽¹⁾ | | |
|--|--|----------------------------|----------|----------|
| ACTES COURANTS | | BASE | OPTION 1 | OPTION 2 |
| Honoraires médicaux | Consultations / visites généralistes OPTAM et NON OPTAM | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| | Consultations spécialistes / actes techniques médicaux OPTAM | 150 % BR | 175 % BR | 200 % BR |
| | Consultations spécialistes / actes techniques médicaux NON OPTAM | 130 % BR | 155 % BR | 180 % BR |
| Imagerie médicale/Radiologie OPTAM | | 130 % BR | 155 % BR | 180 % BR |
| Imagerie médicale/Radiologie NON OPTAM | | 110 % BR | 135 % BR | 160 % BR |
| Analyses médicales en laboratoire/Examens | | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux) | | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Médicaments (pharmacie prescrite et prise en charge) | | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Matériel médical Orthopédie et autres prothèses hors dentaire et audiology | | 100 % BR | 100 % BR | 150 % BR |
| Transport | | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |

| HOSPITALISATION médicale, chirurgicale, maternité | | BASE | OPTION 1 | OPTION 2 |
|---|--|-------------|-----------------|-----------------|
| Soins et frais de séjour hospitaliers | | 150 % BR | 250 % BR | 350 % BR |
| Honoraires médicaux / actes chirurgicaux OPTAM | | 150 % BR | 175 % BR | 200 % BR |
| Honoraires médicaux / actes chirurgicaux NON OPTAM | | 130 % BR | 155 % BR | 180 % BR |
| Forfait actes lourds, forfait hospitalier journalier | | 100 % FR | 100 % FR | 100 % FR |
| Chambre particulière (limité à 1 an) (par jour) | | 1,50 % PMSS | 2,50 % PMSS | 3,50 % PMSS |
| Chambre particulière (maternité par jour, max 6 jours) | | 2 % PMSS | 3 % PMSS | 4 % PMSS |
| Frais d'accompagnement (Enfant - 16 ans) | | - | 2 % PMSS / jour | 2 % PMSS / jour |
| Forfait maternité par enfant sans exclure les autres remboursements | | 10 % PMSS | 10 % PMSS | 10 % PMSS |

| OPTIQUE | | 100 % FR | | |
|--|--|---|------------------------|------------------------|
| Équipement « 100 % santé » - classe A prise en charge dans la limite des PLV | | | | |
| Frais d'optique autres - classe B - PANIER TARIFS LIBRES | | | | |
| - Monture adulte | | 90 € | 100 € | 100 € |
| - Monture enfant | | 50 € | 75 € | 75 € |
| - Verres | | Voir grille optique | Voir grille optique | Voir grille optique |
| Périodicité (monture et verres) | | 1 fois tous les 2 ans par bénéficiaire sauf en cas de changement de correction et enfant selon l'âge * | | |
| Lentilles remboursées par la Sécurité Sociale (par an) | | 100 % BR + 2 % PMSS | 100 % BR + 3 % PMSS | 100 % BR + 4 % PMSS |
| Lentilles non remboursées par la Sécurité Sociale y compris jetables | | 2 % PMSS | 3 % PMSS | 4 % PMSS |
| Chirurgie de l'œil (par œil et par an) | | 200 euros | 300 euros | 400 euros |

| DENTAIRE | | 100 % FR | | |
|---|--|----------|-----------|-----------|
| Soins et prothèses « 100 % santé » prise en charge dans la limite des HLF | | | | |
| PANIER TARIFS MAITRISES et dans la limite des HLF | | | | |
| Dents visibles | | 270 % BR | 365 % BR | 415 % BR |
| Dents du fond | | 170 % BR | 265 % BR | 315 % BR |
| Inlay Core | | 125 % BR | 130 % BR | 160 % BR |
| PANIER TARIFS LIBRES | | | | |
| Dents visibles | | 270 % BR | 365 % BR | 415 % BR |
| Dents du fond | | 170 % BR | 265 % BR | 315 % BR |
| Inlay Core | | 125 % BR | 130 % BR | 160 % BR |
| Soins hors « 100 % santé » | | | | |
| Inlay - Onlay | | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale | | 125 % BR | 135 % BR | 165 % BR |
| Orthodontie, parodontologie ou prothèses dentaires non remboursées (par an et par bénéficiaire) | | 275 % BR | 300 % BR | 325 % BR |
| | | - | 300 euros | 600 euros |

| AUDIOLOGIE | | 100 % FR | | |
|--|--|--|------------------------------|------------------------------|
| Équipement « 100 % santé » - classe I prise en charge dans la limite des PLV, à compter du 1 ^{er} janvier 2021 | | | | |
| Équipement auditif hors « 100 % santé » - classe II - PANIER TARIFS LIBRES (maxi 1 700 € par oreille, à compter du 1 ^{er} janvier 2021) | | 100 % BR + 5 % PMSS / an | 100 % BR + 15 % PMSS / an | 100 % BR + 25 % PMSS / an |
| Périodicité (équipement auditif par oreille) | | 1 fois tous les 4 ans par bénéficiaire | | |
| Petits accessoires auditifs (piles...) ou forfait entretien | | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |

| AUTRES PRESTATIONS | | BASE | OPTION 1 | OPTION 2 |
|---|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Cure thermique acceptée (traitement et honoraires) | | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Cure thermique acceptée (frais de séjour, voyage et hébergement) ⁽²⁾ | | - | 10 % PMSS | 10 % PMSS |
| Médecine non conventionnelle (diététicien, homéopathe, ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, pédicure, podologue, hypnothérapeute) ⁽³⁾ | | 35 euros par séance (max 2 / an) | 35 euros par séance (max 2 / an) | 35 euros par séance (max 3 / an) |
| Frais d'obsèques (assuré + ayants droit) ⁽⁴⁾ | | 50 % PMSS | 50 % PMSS | 50 % PMSS |
| Contraception féminine (par an et par bénéficiaire) | | 2,50 % PMSS | 2,50 % PMSS | 3,50 % PMSS |
| Vaccin antigrippal | | 100 % FR | 100 % FR | 100 % FR |
| Assistance | | Oui | Oui | Oui |
| Actes de prévention (définis aux conditions générales) | | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |

| TAUX DE COTISATION | | BASE | OPTION 1 | OPTION 2 |
|---|--|-------------|-------------|-------------|
| SALARIE | | 1,44 % PMSS | 1,85 % PMSS | 2,13 % PMSS |
| CONJOINT | | 1,68 % PMSS | 2,12 % PMSS | 2,48 % PMSS |
| ENFANT (Gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant) | | 0,82 % PMSS | 1,02 % PMSS | 1,13 % PMSS |

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, sa valeur au 1^{er} janvier 2021 est estimée à 3 428 € - BR : Base de Remboursement - FR : Frais Réels - PLV : Prix Limite de Vente - HLF : Honoraire Limite de Facturation - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (CO : Chirurgien-Obstétricien)

* sauf cas de renouvellements anticipés autorisés dont évolution de la vue (changement de dioptrie de 0,25 par œil ou 0,50 pour les deux yeux), par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

En optique « classe B » : les frais d'adaptation et d'appairage sont pris en charge conformément aux termes des Contrats responsables, à savoir à hauteur du Ticket Modérateur.

| VERRE | Cylindre | SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL | REGIME DE BASE | | OPTION 1 | | OPTION 2 | |
|--------------------------|--------------------|---|---------------------------------|-----------------|---------------------------------|-----------------|---------------------------------|-----------------|
| | | | Remboursement par verre | | Remboursement par verre | | Remboursement par verre | |
| | | | Adulte et enfant de 16 ans et + | Enfant - 16 ans | Adulte et enfant de 16 ans et + | Enfant - 16 ans | Adulte et enfant de 16 ans et + | Enfant - 16 ans |
| UNIFOCAL | Sphérique | SPH de - 6 à + 6 ^(**) | 48 € | 38 € | 68 € | 54 € | 83 € | 67 € |
| | | SPH < à - 6 ou > à + 6 | 90 € | 81 € | 128 € | 115 € | 158 € | 141 € |
| | | SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4 | 52 € | 43 € | 74 € | 61 € | 92 € | 75 € |
| | Sphéro cylindrique | SPH > 0 et S ≤ + 6 | 52 € | 43 € | 74 € | 61 € | 92 € | 75 € |
| | | SPH > 0 et S > + 6 | 86 € | 76 € | 122 € | 108 € | 150 € | 133 € |
| | | SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25 | 86 € | 76 € | 122 € | 108 € | 150 € | 133 € |
| PROGRESSIF ET MULTIFOCAL | Sphérique | SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4 | 95 € | 86 € | 135 € | 122 € | 166 € | 150 € |
| | | SPH de - 4 à + 4 | 114 € | 105 € | 162 € | 149 € | 200 € | 183 € |
| | | SPH < à - 4 ou > à + 4 | 124 € | 114 € | 176 € | 162 € | 216 € | 200 € |
| | Sphéro cylindrique | SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4 | 124 € | 114 € | 176 € | 162 € | 216 € | 200 € |
| | | SPH > 0 et S ≤ + 8 | 124 € | 114 € | 176 € | 162 € | 216 € | 200 € |
| | | SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4 | 133 € | 124 € | 189 € | 176 € | 233 € | 216 € |
| | | SPH > 0 et S > + 8 | 133 € | 124 € | 189 € | 176 € | 233 € | 216 € |
| | | SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25 | 133 € | 124 € | 189 € | 176 € | 233 € | 216 € |

^(**) Le verre neutre est compris dans cette classe

« 100 % santé » : équipements et frais tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale.

La proposition de couverture santé respecte les obligations réglementaires en matière de contrat responsable.

⁽¹⁾ Les prestations sont exprimées en fonction de la base de remboursement et incluent le montant remboursé de la Sécurité sociale.

⁽²⁾ Dans la limite des frais réels engagés et sur présentation de justificatifs.

⁽³⁾ Praticiens reconnus par les annuaires professionnels de santé

⁽⁴⁾ Ensemble de la famille de l'assuré (conjoint et enfant à charge).