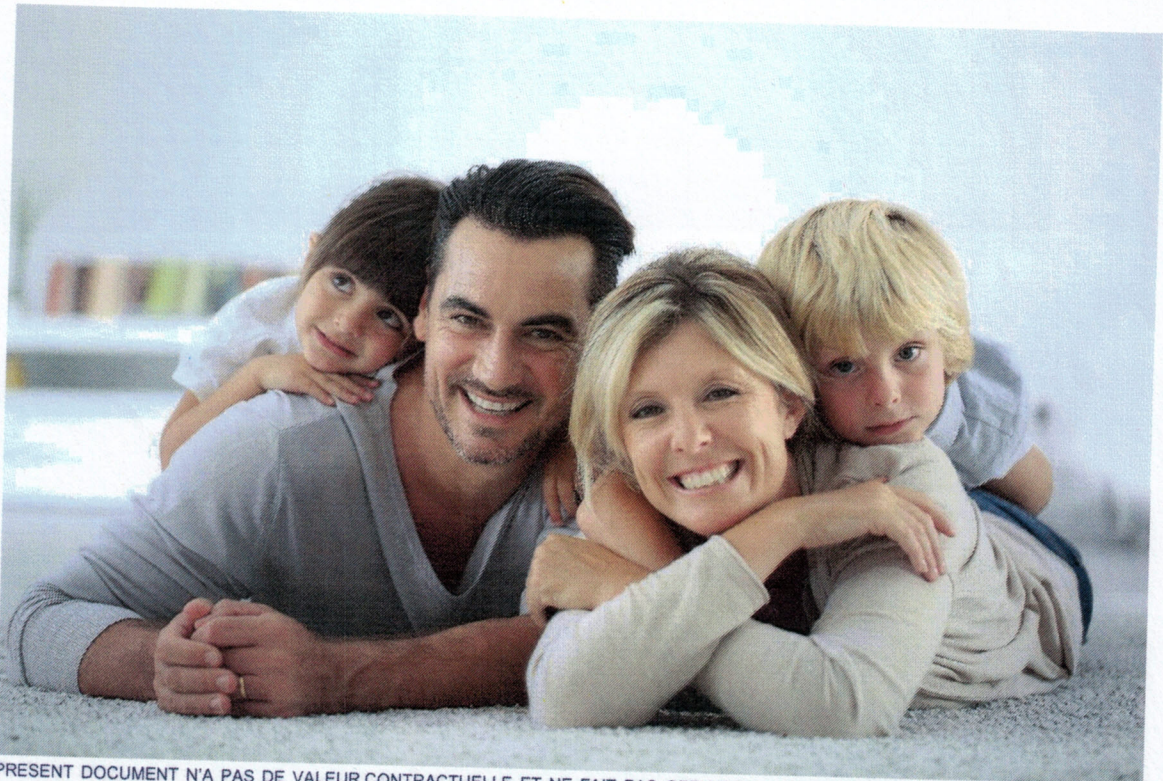


GUIDE PRATIQUE FRAIS DE SANTÉ



LE PRESENT DOCUMENT N'A PAS DE VALEUR CONTRACTUELLE ET NE FAIT PAS OFFICE DE NOTICE D'INFORMATION DU SALARIE

1^{er} mai 2021

COLONNA
FACILITY

Sommaire

LETRE D'INFORMATION	3
LE RESEAU OPTIQUE	4
UN RESEAU DE SOINS, C'EST QUOI ?	4
UN RESEAU OPTIQUE, POURQUOI ?	4
LES AVANTAGES DU RESEAU OPTILYS	4
COMMENT TROUVER UN OPTICIEN OPTILYS ?	4
LE REGIME FRAIS DE SANTE EN PRATIQUE	5
COMMENT CONNAITRE LE MONTANT DE VOS GARANTIES ?	5
COMMENT CHANGER D'OPTION ?	5
COMMENT FAIRE BENEFICIER VOTRE FAMILLE DU REGIME ?	5
QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE COTISATION MENSUELLE POUR 2021 ?	7
COMMENT OBTENIR VOTRE CARTE DE TIERS PAYANT ?	9
NOEMIE : DES REMBOURSEMENTS PLUS RAPIDES	9
COMMENT OBTENIR LE REMBOURSEMENT DE VOS FRAIS ?	9
VOTRE DECOMPTE COLONNA FACILITY	10
LIMITEZ VOS FRAIS EN DEMANDANT UN DEVIS	10
LIMITEZ VOTRE AVANCE DE FRAIS EN DEMANDANT UNE PRISE EN CHARGE	10
LES FRAIS OPTIQUE & LES FRAIS DENTAIRE	10
MON CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU	11
JE SORS DES EFFECTIFS DE L'ENTREPRISE	11
LES DISPENSES	11
L'ACTION SOCIALE MALAKOFF HUMANIS	11
LES GARANTIES	12
LES GARANTIES PAR OPTION	13
GLOSSAIRE	15
GRILLE OPTIQUE	16
EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS	17 - 18
LES SERVICES DIGITAUX	19
VOTRE ESPACE PERSONNEL www.cofacility.fr	20
L'APPLI MOBILE COLONNA FACILITY	21

LETTRÉ D'INFORMATION SUR VOS GARANTIES

FRAIS DE SANTE 2021

Madame, Monsieur,

Nous avons le plaisir de vous informer qu'à la suite de l'accord avec les représentants du personnel de notre entreprise, il a été conclu des améliorations de garanties à compter du 1^{er} mai 2021 sur les postes suivants :

✓ **Pharmacie non remboursable :**

- Homéopathie sur prescription du médecin, un remboursement à hauteur de 20 € par an et par bénéficiaire(s) sur l'ensemble des options A, B, C et D.

✓ **Prothèses non dentaires :**

- Autres prothèses : amélioration de la garantie sur l'option C soit 110% BR au lieu de 95% BR.
- Prothèses orthopédiques : ajout d'une ligne spécifique et remboursement selon l'option choisie :
 - Option A = 100% BR (Base de Remboursement Sécurité Sociale)
 - Option B = 125% BR
 - Option C = 150% BR
 - Option D = 175% BR

✓ **Prothèses auditives :**

- Accessoires et fournitures (y compris piles remboursées par la SS) : amélioration de la garantie selon l'option soit :
 - Option A = 15 € par an et par bénéficiaire(s)
 - Option B = 30 € par an et par bénéficiaire(s)
 - Option C = 45 € par an et par bénéficiaire(s)
 - Option D = 60 € par an et par bénéficiaire(s)

- ✓ **Médecine douce** (séances d'ostéopathie, acupuncture, chiropraxie, étiopathie, pédicurie, psychologue et psychomotricien, homéopathie, consultation d'un diététicien) :
- Option A = 80 € par an et par bénéficiaire(s)
 - Option B = 100 € par an et par bénéficiaire(s)
 - Option C = 120 € par an et par bénéficiaire(s)
 - Option D = 140 € par an et par bénéficiaire(s)

Nous vous informons que votre nouveau guide Frais de Santé vous sera adressé courant mai par Email et/ou par courrier.



Jean-Marc CUSSET

Directeur Rémunérations et Avantages Sociaux



exalt

medirest

Scolarest

mediance

LE RESEAU OPTIQUE



UN RESEAU DE SOINS, C'EST QUOI ?

Le réseau de soins est un groupement de professionnels médicaux offrant de meilleurs tarifs pour des prestations peu ou mal remboursées par le Régime Obligatoire.

UN RESEAU OPTIQUE, POURQUOI ?

Parce que l'amélioration de votre prise en charge est notre objectif, nous avons décidé de mettre en place depuis le 1^{er} janvier 2016 le réseau **Optilys**.

LES AVANTAGES DU RESEAU OPTILYS

Des prix négociés

Verres : Réduction de 25% à 30% en moyenne (et jusqu'à -35%)

Monture : De -10% à -15% en moyenne

L'accessibilité

Près de 50% des points de vente optique sont partenaires du réseau **Optilys** (plus de 5 500 opticiens)

La qualité et le choix des produits

Le référencement des plus grands verriers et fabricants de lentilles de contact du marché permet à l'opticien de déterminer l'équipement qui correspond le mieux à votre besoin.

La simplicité

Vous bénéficiez des avantages du réseau sur simple présentation de votre carte de tiers payant Almerys chez les opticiens partenaires

Le service

- Le tiers payant systématique (pas d'avance de frais dans la limite des garanties du contrat)
La garantie adaptation, casse (selon les conditions négociées suivant les enseignes).
- Le certificat d'origine des produits.

COMMENT TROUVER UN OPTICIEN OPTYLIS ?

Depuis votre espace personnel sur www.cofacility.fr et sur votre application mobile COLONNA FACILITY, connectez-vous avec l'identifiant communiqué lors de l'envoi de votre carte de Tiers Payant, et cliquez sur « Recherchez un professionnel de Santé ».

LE REGIME FRAIS DE SANTE EN PRATIQUE

COMMENT CONNAITRE LE MONTANT DE VOS GARANTIES ?

4 niveaux de garanties-vous sont proposés : **options A, B, C et D** (consultez le détail des garanties en pp. 13-16).

Pour connaître l'option dont vous bénéficiez, connectez-vous à la rubrique « Vos couvertures » de votre Espace Assuré sur le site www.cofacility.fr.

A défaut de choix de votre part, l'option A isolé est automatiquement attribuée.

COMMENT CHANGER D'OPTION ?

- Pour augmenter vos garanties (passage à une option supérieure) :

Il suffit de retourner à COLONNA FACILITY un nouveau Bulletin individuel d'affiliation (ce document est téléchargeable sur l'intranet COMPASS et disponible sur demande auprès de votre responsable).

- Pour diminuer vos garanties (passage à une option inférieure) :

Ce changement n'est autorisé qu'en cas d'évolution de votre situation familiale (mariage, divorce, naissance, sortie d'un enfant à charge, décès d'un ayant droit...) ou perte d'emploi justifiée du conjoint, partenaire de PACS ou concubin. La demande doit être faite dans un délai de 3 mois.

Il s'effectue en retournant à COLONNA FACILITY un nouveau Bulletin individuel d'affiliation accompagné des pièces justificatives demandées (ce document est téléchargeable sur l'intranet COMPASS et disponible sur demande auprès de votre responsable).

Tout changement d'option prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

En tout état de cause, une fois la modification effectuée, l'assuré ne peut plus changer d'option pendant un délai de 2 ans, sauf en cas de changement de situation familiale ou de perte d'emploi justifiée du conjoint, partenaire ou concubin.

COMMENT FAIRE BENEFICIER VOTRE FAMILLE DU REGIME ?

Sous réserve d'une cotisation supplémentaire, vous pouvez faire bénéficier votre famille de votre couverture.

Il suffit pour cela de compléter et retourner à COLONNA FACILITY un Bulletin individuel d'affiliation (téléchargeable sur l'intranet COMPASS et disponible sur demande auprès de votre responsable), accompagné des pièces justificatives demandées et téléchargeable sur l'intranet COMPASS.

La couverture de la famille prend effet le même jour que vous si la demande est faite conjointement à la vôtre, ou au 1^{er} jour du mois suivant la demande, si cette dernière est postérieure.

Peuvent bénéficier du régime :

► votre conjoint (marié(e))

► en l'absence de conjoint, **votre partenaire de Pacte Civil de Solidarité (PACS)**, sous réserve de la présentation d'une attestation de PACS datée de moins de 3 mois et délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance

► en l'absence de conjoint ou de partenaire de PACS, **votre concubin**, sous réserve de la présentation d'un justificatif de la situation de concubinage

► **vos enfants** et, s'ils vivent au foyer ou s'ils sont rattachés fiscalement au foyer, ceux de votre conjoint, partenaire de PACS ou concubin :

- âgés de moins de 18 ans à charge au sens de la Sécurité Sociale,
- âgés de moins de 26 ans à charge au sens de la législation fiscale, à savoir :
 - les enfants pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - les enfants auxquels vous servez une pension alimentaire retenue sur votre avis d'imposition au titre d'enfant à charge déductible du revenu global,
 - quel que soit leur âge et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) à charge au sens de la législation fiscale définie ci-après :
 - ✓ pris en compte dans le calcul du quotient familial,
 - ✓ ouvrant droit à un abattement au revenu imposable,
 - ✓ bénéficiaires d'une pension alimentaire que vous êtes autorisé à déduire de votre revenu imposable.

► toute **personne à votre charge** au sens de la législation fiscale.



N'oubliez pas d'informer COLONNA FACILITY de tous les changements relatifs à votre situation familiale et administrative (mariage, naissance, déménagement, changement de caisse de Sécurité sociale, changement de coordonnées bancaires ...).

QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE COTISATION MENSUELLE POUR 2021 ?

L'OPTION A isolé est à adhésion obligatoire

Pour rappel, la participation patronale n'est pas exonérée d'impôt sur le revenu et donc intégrée dans le calcul du revenu fiscal.

Les cotisations sont exprimées en euros sur la base du PMSS d'un montant égal à 3 428 € au 1^{er} janvier 2021.

VOUS RELEVEZ DU REGIME GENERAL :

Cotisations <u>NON CADRE</u>		Cotisation globale	Cotisation à la charge du salarié
OPTION A	Salarié seul	59,07€	8,48€
	2 bénéficiaires	96,10€	45,51€
	3 bénéficiaires et +	102,76€	52,17€
OPTION B	Salarié seul	68,31€	17,72€
	2 bénéficiaires	117,98€	67,39€
	3 bénéficiaires et +	127,40€	76,81€
OPTION C	Salarié seul	72,81€	22,22€
	2 bénéficiaires	129,78€	79,19€
	3 bénéficiaires et +	140,70€	90,11€
OPTION D	Salarié seul	81,05€	30,46€
	2 bénéficiaires	148,61€	98,02€
	3 bénéficiaires et +	162,13€	111,54€

Cotisations <u>CADRE</u>		Cotisation globale	Cotisation à la charge du salarié
OPTION A	Salarié seul	79,34€	28,75€
	2 bénéficiaires	118,07€	67,48€
	3 bénéficiaires et +	127,50€	76,91€
OPTION B	Salarié seul	88,67€	38,08€
	2 bénéficiaires	137,75€	87,16€
	3 bénéficiaires et +	149,68€	99,09€
OPTION C	Salarié seul	103,19€	52,60€
	2 bénéficiaires	147,44€	96,85€
	3 bénéficiaires et +	160,60€	110,01€
OPTION D	Salarié seul	109,19€	58,60€
	2 bénéficiaires	176,48€	125,89€
	3 bénéficiaires et +	190,54€	139,95€

2 bénéficiaires = le salarié + 1 membre de sa famille défini en pp. 5-6

3 bénéficiaires et + = le salarié + tous les membres de sa famille définis en pp. 5-6

VOUS RELEVEZ DU REGIME ALSACE MOSELLE :

Cotisations <u>NON CADRE</u>		Cotisation globale	Cotisation à la charge du salarié
OPTION A	Salarié seul	42,80€	7,94€
	2 bénéficiaires	56,12€	21,26€
	3 bénéficiaires et +	59,73€	24,87€
OPTION B	Salarié seul	51,39€	16,53€
	2 bénéficiaires	74,09€	39,23€
	3 bénéficiaires et +	79,97€	45,11€
OPTION C	Salarié seul	57,60€	22,74€
	2 bénéficiaires	87,39€	52,53€
	3 bénéficiaires et +	94,94€	60,08€
OPTION D	Salarié seul	65,08€	30,22€
	2 bénéficiaires	105,13€	70,27€
	3 bénéficiaires et +	115,09€	80,23€

Cotisations <u>CADRE</u>		Cotisation globale	Cotisation à la charge du salarié
OPTION A	Salarié seul	66,22€	15,63€
	2 bénéficiaires	87,76€	37,17€
	3 bénéficiaires et +	93,35€	42,76€
OPTION B	Salarié seul	75,34€	24,75€
	2 bénéficiaires	107,32€	56,73€
	3 bénéficiaires et +	115,38€	64,79€
OPTION C	Salarié seul	90,02€	39,43€
	2 bénéficiaires	135,46€	84,87€
	3 bénéficiaires et +	147,09€	96,50€
OPTION D	Salarié seul	95,96€	45,37€
	2 bénéficiaires	105,13€	93,99€
	3 bénéficiaires et +	115,09€	104,74 €

2 bénéficiaires = le salarié + 1 membre de sa famille défini en pp. 5-6

3 bénéficiaires et + = le salarié + tous les membres de sa famille définis en pp. 5-6

Les cotisations étant exprimées dans le contrat en % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, elles évoluent chaque année en suivant l'indexation du PMSS, et éventuellement en cas d'évolution réglementaire.

Le **salarié en arrêt de travail** pour maladie, accident ou maternité est exonéré de cotisation à l'expiration de la période de maintien de salaire par l'employeur.

COMMENT OBTENIR VOTRE CARTE DE TIERS PAYANT ?

La carte de Tiers payant permet d'éviter l'avance du paiement du Ticket Modérateur pour les actes suivants pris en charge par la Sécurité sociale : pharmacie, biologie, radiologie, auxiliaires médicaux, soins externes et frais de transport.

Elle est commandée à réception d'un nouveau bulletin d'affiliation et au bout de 1 mois civil pour les nouveaux embauchés, quel que soit votre choix d'option.

Elle est livrée à votre domicile (une 2^e carte est remise pour le conjoint, PACS ou concubin).

Votre carte dématérialisée est accessible sur votre application mobile (pp. 22-23).

 *A réception, vérifiez son contenu. Si une anomalie apparaît, vous devez la retourner à COLONNA FACILITY en précisant les corrections à prendre en compte et en joignant les éventuels justificatifs.*

Si vous réglez exceptionnellement le Ticket Modérateur, vous devez adresser à COLONNA FACILITY la facture ou, à défaut, le ticket de caisse.

NOEMIE : DES REMBOURSEMENTS PLUS RAPIDES

NOEMIE est le transfert automatique des décomptes de Sécurité sociale entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et COLONNA FACILITY.

NOEMIE vous permet de **simplifier vos démarches administratives et d'accélérer votre remboursement** : vous n'avez plus à envoyer vos décomptes de Sécurité sociale. Sans NOEMIE, vous devez transmettre à COLONNA FACILITY les originaux de vos décomptes.

COMMENT OBTENIR LE REMBOURSEMENT DE VOS FRAIS ?

Le remboursement intervient après réception du dossier complet par COLONNA FACILITY. Sont notamment demandés :

- Les originaux des décomptes de remboursement de la Sécurité sociale (sauf si vous bénéficiez du système NOEMIE),
- La facture détaillée et acquittée pour certains frais (optique, dentaire, maternité, dépassement d'honoraires, etc...).

COLONNA FACILITY pourra être amené à vous demander des pièces complémentaires nécessaires au règlement de la prestation.

N'attendez pas pour envoyer vos décomptes à COLONNA FACILITY : passé un délai de 24 mois (date de soins) votre dossier sera refusé.

A réception de chaque dossier complet, COLONNA FACILITY effectue le règlement par virement à l'assuré.

VOTRE DÉCOMPTÉ COLONNA FACILITY

A réception de chaque dossier complet COLONNA FACILITY effectue le règlement et vous informe :

- **Par e-mail** : COLONNA FACILITY vous informe que le décompte est disponible sur votre espace assuré.
- **Par courrier** : COLONNA FACILITY vous adresse un décompte des prestations versées tous les 3 mois.

LIMITEZ VOS FRAIS EN DEMANDANT UN DEVIS

Afin de limiter votre « reste à charge » (pour la réalisation de prothèses dentaires, l'acquisition d'équipement optique ou auditif, une intervention chirurgicale, etc.), vous pouvez faire établir un devis par le professionnel de santé.

Pour une estimation du remboursement, le devis doit être adressé à COLONNA FACILITY, via votre espace assuré ou e-mail à sante@cofacility.fr ou par courrier. Les conseillers COLONNA FACILITY analysent le devis et vous informent sous 24 heures du montant du remboursement et de votre reste à charge.

LIMITEZ VOTRE AVANCE DE FRAIS EN DEMANDANT UNE PRISE EN CHARGE

La prise en charge permet à COLONNA FACILITY de régler directement au professionnel de santé tout ou partie des frais engagés.

L'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, vous pouvez faire une demande de prise en charge

- ✓ Sur votre espace personnel (www.cofacility.fr) application mobile COLONNA FACILITY
- ✓ par e-mail : sante@cofacility.fr
- ✓ par fax : 02.54.76.99.67
- ✓ par téléphone : 02.54.76.91.01
- ✓ ou par courrier adressé à COLONNA FACILITY



Si vous souhaitez bénéficier d'une chambre particulière, pensez à demander en préalable à l'établissement les tarifs pratiqués.

LES FRAIS OPTIQUES & LES FRAIS DENTAIRES

Grâce à votre carte de tiers payant, vous bénéficiez par ailleurs d'un service de prise en charge optique et dentaire (prothèses et orthodontie) avec une **procédure simplifiée**.

- 1) Vous présentez votre carte à l'opticien ou au dentiste de votre choix.
- 2) Le professionnel de santé envoie une demande de prise en charge à Optilys pour l'Optique et à COLONNA FACILITY pour le Dentaire : le dentiste doit préciser la période de soin et l'opticien doit joindre l'ordonnance.
- 3) COLONNA FACILITY délivre une prise en charge et la transmet directement au professionnel de santé.
- 4) Vous avez uniquement à régler la part non prise en charge par COLONNA FACILITY et éventuellement la part Sécurité sociale si le professionnel de santé ne pratique pas le tiers payant Sécurité sociale.

MON CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU, PUIS-JE CONTINUER A BENEFICIER DE MA COUVERTURE ?

Votre couverture est maintenue si vous bénéficiez d'un maintien de salaire de l'employeur ou de prestations du régime de Prévoyance COMPASS.

Dans tous les autres cas (congé parental, congé de formation, congé sabbatique, etc.), votre couverture est suspendue. Vous pouvez demander un maintien directement à COLONNA FACILITY (sauf cas de congé parental où vous devez demander un bulletin à votre responsable).

Vous ne bénéficiez plus du financement de votre employeur (sauf cas particulier du congé parental).

Pour plus d'informations sur ce maintien, demandez à COLONNA FACILITY le détail des tarifs et garanties (sante@cofacility.fr).

JE SORS DES EFFECTIFS DE L'ENTREPRISE, PUIS-JE CONTINUER A BENEFICIER DE MA COUVERTURE ?

- Vous êtes pris en charge par le Pôle emploi :

Vous pouvez bénéficier, sous certaines conditions, d'un maintien des garanties appliquées chez Compass pour une durée correspondant à votre dernier contrat de travail, dans la limite de 12 mois.

Vous devrez justifier auprès de COLONNA FACILITY de votre prise en charge par le Pôle emploi.

- Dans tous les autres cas où votre couverture prend fin :

Vous pouvez demander un maintien directement à COLONNA FACILITY. Dans ce cas, vous ne bénéficierez plus du financement de votre employeur.

Pour plus d'informations sur ce maintien, consultez la notice d'information de l'organisme assureur téléchargeable sur l'Intranet COMPASS ou demandez directement à COLONNA FACILITY le détail des tarifs et garanties (sante@cofacility.fr).

LES DISPENSES

Vous avez la possibilité de vous dispenser du régime frais de santé. Si vous faites le choix de la dispense, vous ne serez pas redevable de la cotisation correspondante. De plus, la part patronale de la cotisation n'entrera plus dans l'assiette de votre impôt sur le revenu. En contrepartie, vous cesserez de bénéficier des garanties proposées par le régime de frais de santé.

Pour vous dispenser, il convient de compléter et de renvoyer le formulaire de dispense à COLONNA FACILITY. Ce formulaire est disponible en téléchargement sur votre intranet Compass.

L'ACTION SOCIALE MALAKOFF HUMANIS

MALAKOFF HUMANIS, votre organisme assureur, a choisi de soutenir et d'accompagner les salariés dans le cadre du handicap, de la santé, du deuil et de la prévention en entreprise. Vous trouverez sur l'Intranet COMPASS une Fiche d'information détaillant les actions soutenues et les personnes à contacter.

LES GARANTIES

Les prestations sont fixées selon l'option choisie, en complément du remboursement de la Sécurité sociale et de tout autre organisme et dans la limite des frais réels engagés. Elles s'appliquent lorsque le patient respecte le parcours de soins coordonnés. En cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, ni les dépassements d'honoraires autorisés, ni la majoration du ticket modérateur ne sont pris en charge.

Pour les garanties prenant en charge les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au Dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (*) et conformément aux dispositions de la nouvelle réglementation du « contrat responsable » applicable au 01/04/2015, le régime respecte la double limite suivante :

- 1) Limitation à 100% du tarif de responsabilité
- 2) Montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré de 20% du tarif de responsabilité.

() Les dépassements d'honoraires d'un médecin OPTAM / OPTAM –CO seront pris en charge par votre complémentaire santé au même niveau que les dépassements d'honoraires d'un médecin CAS.*

LES GARANTIES PAR OPTIONS

NATURE DES PRESTATIONS	OPTION A (base obligatoire)	OPTION B
Hospitalisation médicale / chirurgicale		
■ Frais de séjour et Honoraires chirurgicaux	100% FR	100% FR
■ Chambre particulière	2,40% PMSS/j (max 30 j)	2,40% PMSS / jour
■ Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR
■ Lit d'accompagnant d'un enfant < 12 ans	3% PMSS / jour	3% PMSS / jour
■ Garde malade à domicile pris en charge SS	Non garanti	100% FR (max 12 j / an)
■ Transport	TM	TM
Actes médicaux		
■ Consultations et visites de généralistes	TM	72,50% BR
■ Consultations et visites de spécialistes	TM	75% BR
■ Actes de chirurgie et techniques médicaux	TM	50% BR
■ Radiologie, Auxiliaires médicaux, Analyses	TM	50% BR
Pharmacie	TM	TM
Prothèses non dentaires		
■ Orthopédie	100% BR	125% BR
■ Autres prothèses	65% BR	95% BR
Aides auditives	Limité à un appareillage par oreille tous les 4 ans	
■ Equipements 100% Santé (à compter 1 ^{er} janvier 2021)	100% FR moins remboursement SS	100% FR moins remboursement SS
■ Equipements hors 100% Santé (limité à 1700€ / aide auditive)	10,804% PMSS / oreille	29,465% PMSS / oreille
■ Accessoires et fournitures (y compris piles remboursées par la SS)	15 € / an / bénéficiaire (minimum TM)	30 € / an / bénéficiaire (minimum TM)
Dentaire		
Soins et prothèses dentaires 100% santé ayant un HLF en vigueur à la date des soins	100% FR moins remboursement SS	100% FR moins remboursement SS
Soins et prothèses dentaires « Panier maîtrisé » (dans la limite des HLF) et « Honoraires libres »		
■ Soins dentaires, Inlays-Onlays, Parodontologie	TM	115% BR
■ Prothèses dentaires remboursées par la SS	155% BR	237% BR
■ Prothèses dentaires non remboursées SS	155% BRR	237% BRR
■ Orthodontie acceptée par la SS	125% BR	166% BR
■ Orthodontie refusée par la SS si enfant > 16 ans	121% BR	121% BR
■ Implants dentaires (hors couronne)	100 € / an	200 € / an
Optique (1)		
Equipement 100% santé	100% FR moins remboursement SS	100% FR moins remboursement SS
Equipement hors 100% santé		
■ Verres	Cf. Grille optique Base +	Cf Grille optique 1
■ Monture Bénéficiaire > 16 ans	49 €	99€
■ Monture Bénéficiaire < 16 ans	44 €	45 €
■ Lentilles acceptées par la SS	5% PMSS / an (minimum TM)	6% PMSS / an (minimum TM)
■ Lentilles refusées par la SS (y compris jetables)	4,50% PMSS / an	6% PMSS / an
■ Opération de la myopie et de l'hypermétropie	29,465% PMSS / oeil / an	29,465% PMSS / oeil / an
Maternité		
■ Forfait naissance ou adoption par enfant déclaré (2)	7,857% PMSS	7,857% PMSS
■ Chambre particulière	2,40% PMSS/j (max 30 j)	2,40% PMSS / jour
Cure thermique prise en charge par la SS		
■ Frais de traitement et d'honoraires	7,857% PMSS	9,822% PMSS
■ Frais de voyage et hébergement		
Médecine douce		
Forfait Ostéopathie, Acupuncture, Chiropraxie, étiopathie, Pédicure, Psychologue et Psychomotricien, Homéopathie, consultation d'un Diététicien	80 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
Podologue	60 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
Homéopathie sur prescription médicale	20 € / an / bénéficiaire	20 € / an / bénéficiaire
Actes de prévention		
■ Détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum	TM	TM
■ Vaccins acceptés par la SS	TM	TM
■ Vaccins refusés par la SS et antipaludéen	50 € / an	50 € / an
Frais d'obsèques (assuré ou bénéficiaire) (3)	50% PMSS	50% PMSS

NATURE DES PRESTATIONS	OPTION C	OPTION D
Hospitalisation médicale / chirurgicale		
■ Frais de séjour et Honoraires chirurgicaux	100% FR	100 % FR
■ Chambre particulière	2,40% PMSS / jour	2,40% PMSS / jour
■ Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR
■ Lit d'accompagnant d'un enfant < 12 ans	3% PMSS / jour	3% PMSS / jour
■ Garde malade à domicile pris en charge par la SS	100% FR (max 12 j / an)	100% FR (max 20 j / an)
■ Transport	TM	150% BR
Actes médicaux		
■ Consultations et visites de généralistes	95% BR	135 % BR
■ Consultations et visites de spécialistes	100% BR	150 % BR
■ Actes de chirurgie et techniques médicaux	72,5% BR	135 % BR
■ Radiologie, Auxiliaires médicaux, Analyses	72,5% BR	135 % BR
	TM	TM
Pharmacie		
Prothèses non dentaires		
■ Orthopédie	150% BR	175% BR
■ Autres prothèses	110% BR	135% BR
Aides auditives	Limité à un appareillage par oreille tous les 4 ans	
■ Equipements 100% Santé (à compter 1 ^{er} janvier 2021)	100% FR moins remboursement SS	100% FR moins remboursement SS
■ Equipements hors 100% Santé (limité à 1700€ / aide auditive)	29,465% PMSS / oreille	34,376% PMSS / oreille
■ Accessoires et fournitures (y compris piles remboursées par la SS)	45 € / an / bénéficiaire (minimum TM)	60€ / an / bénéficiaire (minimum TM)
Dentaire		
Soins et prothèses dentaires 100% santé ayant un HLF en vigueur à la date des soins	100% FR moins remboursement SS	100% FR moins remboursement SS
Soins et prothèses dentaires « Panier maîtrisé » (dans la limite des HLF) et « Honoraires libres »		
■ Soins dentaires, Inlays-Onlays, Parodontologie	120% BR	120% BR
■ Prothèses dentaires remboursées par la SS	273% BR	332% BR
■ Prothèses dentaires non remboursées SS	273% BRR	332% BRR
■ Orthodontie acceptée par la SS	220% BR	332% BR
■ Orthodontie refusée par la SS si enfant > 16 ans	121% BRR	121% BRR
■ Implants dentaires (hors couronne)	300 € / an	400 € / an
Optique (1)		
Equipement 100% santé	100% FR moins remboursement SS	100% FR moins remboursement SS
Equipement hors 100% santé		
■ Verres	Cf. Grille optique option 3	Cf. Grille optique option 4
■ Monture Bénéficiaire > 16 ans	100 €	100 €
■ Monture Bénéficiaire < 16 ans	56 €	66 €
■ Lentilles acceptées par la SS	7% PMSS / an (minimum TM)	8% PMSS / an (minimum TM)
■ Lentilles refusées par la SS (y compris jetables)	7% PMSS / an	8% PMSS / an
■ Opération de la myopie et de l'hypermétropie	29,465% PMSS / oeil / an	29,465% PMSS / oeil / an
Maternité		
■ Forfait naissance ou adoption par enfant déclaré (2)	7,857% PMSS	7,857% PMSS
■ Chambre particulière	2,40% PMSS / jour	2,40% PMSS / jour
Cure thermique prise en charge par la SS		
■ Frais de traitement et d'honoraires	9,822% PMSS	9,822% PMSS
■ Frais de voyage et hébergement		
Médecine douce		
Forfait Ostéopathie, Acupuncture, Chiropraxie, étiopathie, Pédicure, Psychologue et Psychomotricien, Homéopathie, consultation d'un Diététicien	120 € / an / bénéficiaire	140 € / an / bénéficiaire
Podologue	60 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
Homéopathie sur prescription médicale	20 € / an / bénéficiaire	20 € / an / bénéficiaire
Actes de prévention	TM	TM
■ Détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum	TM	TM
■ Vaccins acceptés par la SS	TM	TM
■ Vaccins refusés par la SS et traitement antipaludéen	50 € / an	50 € / an
Frais d'obsèques (assuré ou bénéficiaire) (3)	50% PMSS	50% PMSS

(1) Le poste optique est limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans sauf évolution de la vue ou enfant de moins de 16 ans (1 an). Pour les enfants de moins de 6 ans, renouvellement possible à l'expiration d'une période de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture.

(2) Seule la naissance d'un enfant de l'assuré ouvre droit à prestation. De même en cas d'adoption plénière, l'enfant doit être adopté par l'assuré.

(3) L'allocation obsèques est versée à la personne justifiant avoir réglé les frais d'obsèques, sur présentation des factures correspondantes dans la limite des frais réels.

Sauf mention contraire indiquée au tableau, les actes effectués en secteur non conventionnés sont remboursés sur la base du tarif d'autorité

Sauf mention contraire indiquée au tableau, les actes effectués en secteur non conventionnés sont remboursés sur la base du tarif d'autorité

GLOSSAIRE

BR - Base de Remboursement de la Sécurité Sociale : Tarif fixé par convention signée entre le praticien ou certains établissements dispensant des actes médicaux (hôpitaux, cliniques) et la Sécurité Sociale, servant de base aux remboursements effectués par cet organisme.

FR - Frais Réels : Montant des frais réellement engagés par l'assuré.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur à la date des soins, soit au 1^{er} janvier 2021, 3 428 €.

HLF : Honoraires Limites de Facturation

TM - Ticket Modérateur : Il est égal à la différence entre la base de remboursement de la Sécurité Sociale et le montant remboursé par cet organisme.

Tarif Forfaitaire de Responsabilité : Tarif instauré par la Sécurité Sociale pour les médicaments disposant d'un médicament dit « générique » et correspondant au prix de vente du générique.

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (DPTAM) : Il s'agit d'une convention à laquelle peuvent adhérer tous les praticiens ayant le titre de médecin. Ils s'engagent alors à limiter leurs honoraires en échange d'avantages sociaux en créant une nouvelle catégorie de tarification, un « secteur 2 bis ».

L'OPTAM-CO concerne les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Les dépassements d'honoraires d'un médecin OPTAM sont mieux pris en charge par votre complémentaire santé

GRILLE OPTIQUE

Le remboursement des verres est calculé en fonction de votre niveau de correction et de l'option souscrite.

GRILLE OPTIQUE (PAR VERRE – SELON TYPE DE VERRE)

VERRES CLASSE B	Codes LPP	SPH = sphère	Catégorie	OPTION A BASE OBLIGATOIRE		OPTION B		OPTION C		OPTION D	
		CYL = cylindre		Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant
		S = sphère + cylindre		Par verre		Par verre		Par verre		Par verre	
NEUTRES		2291480		30 €	30 €	52 €	52 €	70 €	70 €	97 €	97 €
UNIFOCAUX	2264803 ; 2225329 ; 2288353 ; 2258895 ; 2293555 ; 2200335	SPH de -6,00 à +6,00	Simple	30 €	30 €	52 €	52 €	70 €	70 €	97 €	97 €
	2208756 2209460 ; 2218542	SPH de -6,00 à 0,00 et CYL ≤ +4,00	Simple	30 €	30 €	52 €	52 €	70 €	70 €	97 €	97 €
	2229824 2262678 ; 2281598	SPH > 0 et S ≤ +6,00	Simple	30 €	30 €	52 €	52 €	70 €	70 €	97 €	97 €
	2233033 2292053 ; 2241162 2203486 ; 2234044 ; 2237947	SPH hors zone de - 6,00 à 6,00	Complexe	82 €	53 €	133 €	82 €	172 €	105 €	252 €	156 €
	2211190 2210983 ; 2243920	SPH de -6,00 à 0,00 et CYL > +4,00	Complexe	82 €	53 €	133 €	82 €	172 €	105 €	252 €	156 €
	2286800 2257447 ; 2255856 2276048 ; 2224778 ; 2224287	SPH < -6,00 et CYL ≥ +0,25	Complexe	82 €	53 €	133 €	82 €	172 €	105 €	252 €	156 €
	2247041 2241529 ; 2249152	SPH ≥ 0 et S > +6,00	Complexe	82 €	53 €	133 €	82 €	172 €	105 €	252 €	156 €
	2267552 2234788 ; 2279650 2226910 ; 2263494 2240323 ; 2224732 ; 2222118	SPH de -4,00 à +4,00	Complexe	82 €	53 €	133 €	82 €	172 €	105 €	252 €	156 €
	2288695 2291674 ; 2213711 2259340 ; 2203948 2230750 ; 2210434 ; 2208064	SPH de -8,00 à 0,00 et CYL ≤ +4,00	Complexe	82 €	53 €	133 €	82 €	172 €	105 €	252 €	156 €
	2215213 2234021 ; 2297530 2222176 ; 2292277 2269692 ; 2210109 ; 2226926	SPH > 0 et S ≤ +8,00	Complexe	82 €	53 €	133 €	82 €	172 €	105 €	252 €	156 €
	2214515 2266989 ; 2220088 2268505 ; 2251924 2205321 ; 2264401 2267492 ; 2297263 2295525 ; 2241742 2269516 ; 2219062 2202430 ; 2256420 ; 2293414	SPH hors zone de - 4,00 à +4,00	Très complexe	85 €	53 €	135 €	82 €	174 €	105 €	288 €	156 €
	2212025 2229155 ; 2291065 2282920 ; 2260691 2240850 ; 2253834 ; 2245941	SPH de -8,00 à 0,00 et CYL > +4,00	Très complexe	85 €	53 €	135 €	82 €	174 €	105 €	288 €	156 €
	2265412 2218849 ; 2299925 2243623 ; 2288502 2217809 ; 2242760 ; 2270583	SPH < -8,00 et CYL ≥ +0,25	Très complexe	85 €	53 €	135 €	82 €	174 €	105 €	288 €	156 €
	2215503 2284697 ; 2257750 ; 2285099	SPH ≥ 0 et S > +8,00	Très complexe	85 €	53 €	135 €	82 €	174 €	105 €	288 €	156 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAL UX											

Le poste optique est limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans sauf évolution de la vue ou enfant de moins de 16 ans (1 an). Pour les enfants de moins de 6 ans, renouvellement possible à l'expiration d'une période de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture.
Les deux ans sont décomptés à partir de la date d'acquisition de l'équipement (et non en année civile).

Pour une estimation de remboursement en fonction de votre correction ou pour demander une prise en charge, consulter les informations en p. 10.

COLONNA FACILITY vous propose de rejoindre le réseau OPTILYS pour une meilleure prise en charge (voir p. 4).

Le contrat respecte le Cahier des charges des dispositifs d'assurance maladie complémentaire de santé bénéficiant d'une aide (articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale).

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS DANS LE PARCOURS DE SOINS COORDONNES

Exemples	Precisions eventuelles	Prix moyen pratique ou tarif réglementé	Base de remboursement	Taux SS	Remboursement Sécurité Sociale	Option A (Base obligatoire) (prestations en complément de la Sécurité Sociale)		Option B (prestations sous déduction du Option A (Base obligatoire))	
						Remboursement COLONNA	Reste à charge	Remboursement COLONNA	Reste à charge
SOINS COURANTS									
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires		25,00 €	25,00 €	70,00 %	16,50 €	7,50 €	1,00 € *	7,50 €	1,00 € *
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires		30,00 €	30,00 €	70,00 %	20,00 €	9,00 €	1,00 € *	9,00 €	1,00 € *
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM)		44,00 €	30,00 €	70,00 %	21,00 €	9,00 €	14,00 €	22,50 €	0,50 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM)		56,00 €	23,00 €	70,00 %	16,10 €	6,90 €	33,00 €	12,65 €	27,25 €
HOSPITALISATION									
Forfait hospitalier en court séjour	Tarif réglementaire	20,00 €	0,00 €	0,00 %	0,00 €	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €
Honoraire du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM) <i>Extraction extracapsulaire du cristallin par Phakoémulsification</i>	Extraction extracapsulaire du cristallin par Phakoémulsification Prix moyen national de l'acte	355,00 €	271,70 €	80,00 %	217,36 €	54,34 €	83,30 €	54,34 €	83,30
Honoraire du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM) <i>Extraction extracapsulaire du cristallin par Phakoémulsification</i>	Extraction extracapsulaire du cristallin par Phakoémulsification Prix moyen national de l'acte	431,00 €	271,70 €	80,00 %	217,36 €	54,34 €	159,30 €	54,34 €	159,30 €
DENTAIRE									
Détartrage	Tarif conventionnel	28,92 €	28,92 €	70,00 %	20,24 €	8,68 €	0,00 €	8,68 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	Honoraire limite de facturation	500,00 €	120,00 €	70,00 %	84,00 €	416,00 €	0,00 €	416,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième prémolaires <i>Couronne dentaire dentoportée céramométallique sur prémolaires</i>	Couronne dentaire dentoportée céramométallique sur prémolaires Prix moyen national de l'acte	538,70 €	120,00 €	70,00 %	84,00 €	186,00 €	268,70 €	284,40 €	170,30 €
Couronne céramo-métallique sur molaires <i>Couronne dentaire dentoportée céramométallique sur molaires</i>	Couronne dentaire dentoportée céramométallique sur molaires Prix moyen national de l'acte	538,70 €	107,50 €	70,00 %	75,25 €	186,63 €	296,83 €	254,78 €	208,67 €
OPTIQUES (les garanties sont exprimées sous déduction des remboursements de la Sécurité Sociale, hors lentilles et chirurgie réfractive)									
Équipement relevant du « Panier 100% Santé »									
Bénéficiaire > 16 ans									
Monture	Prix limite de vente	30,00 €	9,00 €	60,00 %	5,40 €	24,60 €	0,00 €	24,60 €	0,00 €
Avec 2 verres unifocaux dont la sphère est de -2,25 à 4,00 ou +2,25 à +4,00	Prix limite de vente	95,00 €	28,50 €	60,00 %	17,10 €	77,90 €	0,00 €	77,90 €	0,00 €
Autres équipement (hors 100% Santé)									
Bénéficiaire > 16 ans									
Monture	Prix moyen national de l'acte	145,00 €	0,05 €	60,00 %	0,03 €	48,97 €	96,00 €	98,97 €	46,00 €
Avec 2 verres unifocaux dont la sphère est de -2 à -4	Prix moyen national de l'acte	500,00 €	0,10 €	60,00 %	0,06 €	59,94 €	440,00 €	103,94 €	396,00 €
AIDES AUDITIVES									
Aide auditive par oreille (100% santé)	Prix limite de vente	1 100,00 €	350,00 €	60,00 %	210,00 €	890,00 €	0,00 €	890,00 €	0,00 €
Aide auditive par oreille (hors 100% santé)	Prix moyen national de l'acte	1 478,00 €	350,00 €	60,00 %	210,00 €	370,36 €	895,64 €	1 010,06 €	255,94 €

Exemples	Précisions éven- tuelles	Prix moyen pratiqué ou tarif ré- glementé	Base de rembour- sement	Taux SS	Rembour- sement Sécurité Sociale	Option C (prestations sous déduction du Option A (Base obligatoire))		Option D (prestations sous déduction du Option A (Base obligatoire))	
						Remboursement COLONNA	Reste à charge	Remboursement COLONNA	Reste à charge
SOINS COURANTS									
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires		25,00 €	25,00 €	70,00 %	16,50 €	7,50 €	1,00 € *	7,50 €	1,00 € *
Consultation d'un médecin spécialiste en gyné- cologie sans dépassement d'honoraires		30,00 €	30,00 €	70,00 %	20,00 €	9,00 €	1,00 € *	9,00 €	1,00 € *
Consultation d'un médecin spécialiste en gyné- cologie avec dépassement d'honoraires maîtri- sés (adhérent à un DPTAM)		44,00 €	30,00 €	70,00 %	21,00 €	23,00 €	0,50 €	23,00 €	0,50 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gyné- cologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM)		56,00 €	23,00 €	70,00 %	16,10 €	18,40 €	27,25 €	29,90 €	27,25 €
HOSPITALISATION									
Forfait hospitalier en court séjour	Tarif réglementaire	20,00 €	0,00 €	0,00 %	0,00 €	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €
Honoraire du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM) <i>Extraction extracapsulaire du cristallin par Pha- koémulsification</i>	Extraction extracap- sulaire du cristallin par Phakoémulsifi- cation Prix moyen national de l'acte	355,00 €	271,70 €	80,00 %	217,36 €	54,34 €	83,30 €	54,34 €	83,30 €
Honoraire du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM) <i>Extraction extracapsulaire du cristallin par Pha- koémulsification</i>	Extraction extracap- sulaire du cristallin par Phakoémulsifi- cation Prix moyen national de l'acte	431,00 €	271,70 €	80,00 %	217,36 €	54,34 €	159,30 €	54,34 €	159,30 €
DENTAIRE									
Débitrage	Tarif conventionnel	28,92 €	28,92 €	70,00 %	20,24 €	8,68 €	0,00 €	8,68 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, can- ines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	Honoraire limite de facturation	500,00 €	120,00 €	70,00 %	84,00 €	416,00 €	0,00 €	416,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième prémolaires <i>Couronne dentaire dentoportée céramométal- lique sur prémolaires</i>	Couronne dentaire dentoportée céra- mométallique sur prémolaires Prix moyen national de l'acte	538,70 €	120,00 €	70,00 %	84,00 €	327,60 €	127,10 €	398,40 €	56,30 €
Couronne céramo-métallique sur molaires <i>Couronne dentaire dentoportée céramométal- lique sur molaires</i>	Couronne dentaire dentoportée céra- mométallique sur molaires Prix moyen national de l'acte	538,70 €	107,50 €	70,00 %	75,25 €	293,48 €	169,97 €	356,90 €	106,55 €
OPTIQUES (les garanties sont exprimées sous déduction des remboursements de la Sécurité Sociale, hors lentilles et chirurgie réfractive)									
Équipement relevant du « Panier 100% Santé »									
Bénéficiaire > 16 ans									
Monture	Prix limite de vente	30,00 €	9,00 €	60,00 %	5,40 €	24,60 €	0,00 €	24,60 €	0,00 €
Avec 2 verres unifocaux dont la sphère est de - 2,25 à 4,00 ou +2,25 à +4,00	Prix limite de vente	95,00 €	28,50 €	60,00 %	17,10 €	77,90 €	0,00 €	77,90 €	0,00 €
Autres équipement (hors 100% Santé)									
Bénéficiaire > 16 ans									
Monture	Prix moyen national de l'acte	145,00 €	0,05 €	60,00 %	0,03 €	99,97 €	45,00 €	99,97 €	45,00 €
Avec 2 verres unifocaux dont la sphère est de -2 à -4	Prix moyen national de l'acte	500,00 €	0,10 €	60,00 %	0,06 €	139,94 €	360,00 €	193,94 €	306,00 €
AIDES AUDITIVES									
Aide auditive par oreille (100% santé)	Prix limite de vente	1 100,00 €	350,00 €	60,00 %	210,00 €	890,00 €	0,00 €	890,00 €	0,00 €
Aide auditive par oreille (hors 100% santé)	Prix moyen national de l'acte	1 476,00 €	350,00 €	60,00 %	210,00 €	1 010,06 €	255,94 €	1 176,41 €	87,59 €

* Reste à charge égal à la participation forfaitaire de 1 euro

Pour une estimation de remboursement en fonction de votre correction ou pour demander une prise en charge, consulter les informations en pp. 10

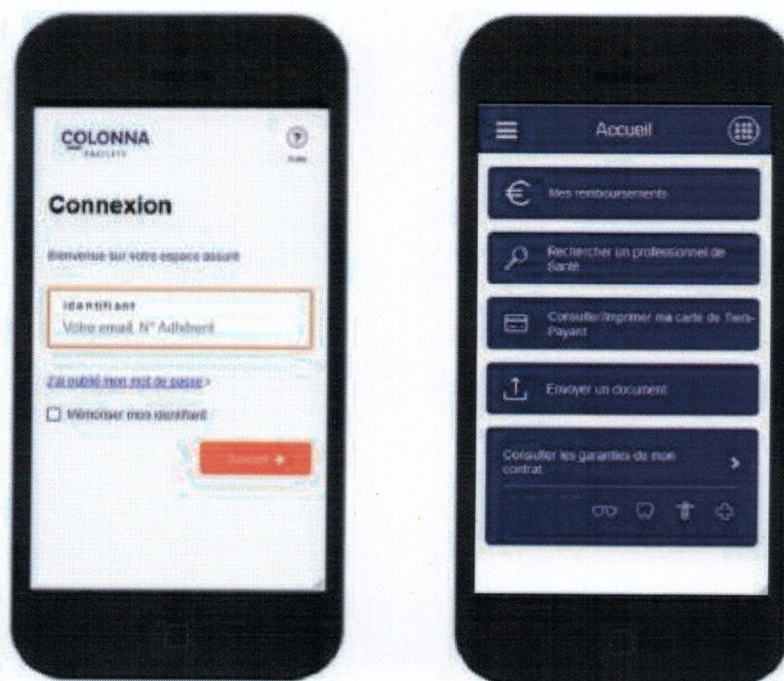
LES SERVICES DIGITAUX

VOTRE ESPACE PERSONNEL www.cofacility.fr

Pour une gestion simplifiée, connectez-vous à votre Espace Assuré à l'aide de votre numéro d'adhérent délivré avec la carte de tiers payant.

- ▶ Consulter le détail de vos remboursements en temps réel
- ▶ Vérifier et modifier vos coordonnées personnelles
- ▶ Demander l'attachement ou le détachement de la télétransmission avec la Sécurité sociale (Noémie)
- ▶ Télécharger votre carte de Tiers Payant
- ▶ Demander une prise en charge hospitalière
- ▶ Trouver un opticien dans le réseau OPTILYS

L'appli mobile COLONNA FACILITY



Visualisation des remboursements

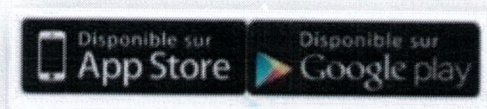
Mise à disposition de la carte de tiers payant dématérialisée

Recherche et géolocalisation d'un professionnel de santé partenaire

Envoi des documents et justificatifs

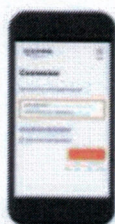
Mise en place ou suppression de la télétransmission

Consultations des garanties



Selon votre smartphone, connectez-vous sur GOOGLE PLAY OU APPLE STORE
et tapez le mot clé « COLONNA FACILITY »

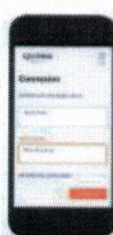
Mode d'emploi



Télécharger l'appli

À partir de votre smartphone, accédez au store « Google Play » ou sur « l'App Store »

- ✓ Recherchez « COLONNA FACILITY »
- ✓ Téléchargez gratuitement l'appli mobile Remboursements



S'authentifier

Pour se connecter, l'assuré saisit :

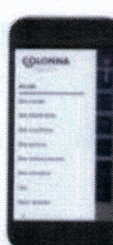
- ✓ Son identifiant (email ou identifiant assuré)
- ✓ Son mot de passe



La page d'accueil

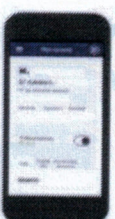
Une fois connecté, l'assuré accède à la page d'accueil, où il retrouve toutes les fonctionnalités « utiles » sur une seule page :

- ✓ Géolocalisation des professionnels de santé partenaires
- ✓ Carte de tiers payant dématérialisée
- ✓ Envoi de documents
- ✓ Consultation des garanties



Menu complet (En haut à gauche de la page d'accueil)

- ☐ Mon compte : accès aux coordonnées et données administratives
- ☐ Bénéficiaires
- ☐ Couverture
- ☐ Services
- ☐ Remboursements
- ☐ Cotisations (si souscription à l'option +)
- ☐ FAQ
- ☐ Nous contacter



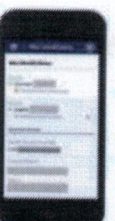
Mon compte

- ✓ Informations personnelles
- ✓ Statut de la télétransmission
- ✓ Profil
- ✓ Compte web
- ✓ Coordonnées bancaires



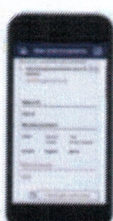
Carte de tiers payant

- ✓ QR Code destiné au professionnel de santé
- ✓ Période de validité de la carte de tiers payant
- ✓ Détail des bénéficiaires
- ✓ L'assuré pourra prochainement télécharger sa carte de tiers payant au format PDF, et l'imprimer.



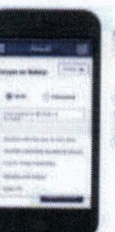
Bénéficiaires

- ✓ Informations sur les bénéficiaires de l'assuré(e)
- ✓ Statut de la couverture
- ✓ Statut de la télétransmission



Remboursements

- ✓ Date de règlement
- ✓ Acte
- ✓ Bénéficiaire
- ✓ Destinataire du paiement
- ✓ Signalement des justificatifs en attente
- ✓ Affichage du détail
- Frais réels / Reste à charge / Remboursement complémentaire / Remboursement Sécurité sociale



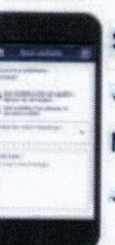
Téléchargement d'un document

- ☐ Mise à jour de dossier
- ☐ Facture
- ☐ Envoi de décomptes Sécurité sociale...



Géolocalisation

- ✓ Pour trouver le professionnel de santé là où vous en avez besoin.

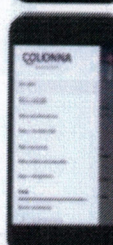


Services

- ✓ Demande de prise en charge hospitalière

Nous contacter

- ✓ Formulaire de contact permettant de poser une question



Foire aux Questions

Il existe une rubrique F.A.Q qui répertorie par domaine les questions que vous pouvez vous poser