

LIVRET FRAIS DE SANTÉ

COMPASS Group

Loi Evin



LE PORTAIL INTERNET DE COLONNA FACILITY
www.cofacility.fr

Simple et rapide : votre Espace Assuré
vous donne accès à de nombreux services.

> 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 et soins externes.

Elle est **commandée automatiquement au moment de votre affiliation** (une deuxième carte est également remise pour votre conjoint, partenaire de PACS ou concubin s'il bénéficie du régime).

! À 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.

Pour connaître la liste des professionnels de santé où le tiers payant est accepté près de chez vous : connectez-vous à la rubrique « Professionnels tiers payant » de votre Espace Assuré.

> NOÉMIE : DES REMBOURSEMENTS PLUS RAPIDES

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

NOÉMIE vous permet de simplifier vos démarches administratives et d'accélérer votre remboursement : vous n'avez plus à envoyer vos décomptes de Sécurité sociale. Ce service peut être demandé via votre Espace Assuré dans la rubrique « Votre compte ».

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de ce système, vous devez transmettre à COLONNA FACILITY les originaux de vos décomptes (CPAM, autre complémentaire ...).

> COMMENT CONNAÎTRE LE MONTANT DE VOS GARANTIES ?

Pour prendre connaissance du montant des garanties de votre régime, consultez le tableau en page 3 ou **connectez-vous à la rubrique « Vos couvertures »** de votre Espace Assuré.

> COMMENT OBTENIR LE REMBOURSEMENT DE VOS FRAIS ?

Le remboursement intervient après réception du dossier complet par COLONNA FACILITY dans un délai de 24 heures.

Sont notamment demandés :

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

Si vous détenez une carte de tiers payant, COLONNA FACILITY réglera directement le praticien. À défaut, vous devrez envoyer à COLONNA FACILITY la facture acquittée aux fins de remboursement.

Si vous ne bénéficiez du tiers payant que sur la part obligatoire et que vous réglez exceptionnellement le Ticket Modérateur, vous devez adresser à COLONNA FACILITY la facture émise par le praticien (ou, à défaut, le ticket de caisse).

Si vous n'avez pas fourni de RIB au moment de votre affiliation, vous devez en adresser un à COLONNA FACILITY dans les meilleurs délais (l'assuré doit obligatoirement être titulaire ou co-titulaire du compte bancaire).

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

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

VOTRE DÉCOMPTE COLONNA FACILITY

À 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 tous les 3 mois.

INSTANTANÉ, ÉCOLOGIQUE ET PLUS SÛR

Optez pour les décomptes par e-mail
Il suffit d'en faire la demande sur le bulletin
ou en quelques clics sur :

www.cofacility.fr

! 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 ...).

> L'ESPACE ASSURÉ : SUR LE SITE www.cofacility.fr

Pour une gestion simplifiée, connectez-vous à votre Espace Assuré.

VISUALISEZ VOS REMBOURSEMENTS :

Consultez le détail de vos remboursements en temps réel (par dossier et par soin).

Consulter les soins transmis par la Sécurité sociale si vous bénéficiez de la télétransmission.

CONSULTEZ ET MODIFIEZ

VOS INFORMATIONS PERSONNELLES :

Vérifiez vos coordonnées personnelles et bancaires.

> 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 par fax au 02 54 76 99 67, par courrier ou par e-mail à sante@cofacility.fr

> L'OPTION DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE

L'OPTAM / L'OPTAM-CO ?

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.

L'OPTAM / OPTAM-CO est un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)

POURQUOI ALLER VOIR UN MÉDECIN

OPTAM / OPTAM-CO ?

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

MON MÉDECIN ADHÈRE-T-IL A

L'OPTAM / OPTAM-CO ?

Avant toute visite chez un praticien, consultez le site annuaire.sante.ameli.fr

> LIMITEZ VOTRE AVANCE DE FRAIS EN DEMANDANT UNE PRISE EN CHARGE

L'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, faites une demande de prise en charge :

par e-mail : sante@cofacility.fr

par fax : 02.54.76.99.67

par téléphone : 02.54.88.38.14

ou par courrier adressé à COLONNA FACILITY



LES FRAIS OPTIQUES... & LES FRAIS DENTAIRE

Avec la Carte de tiers payant, vous bénéficiez par ailleurs d'un service de prise en charge optique et dentaire avec une procédure simplifiée :

- 1 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 Almerys pour l'Optique (présenter votre carte de tiers payant)
 - à COLONNA FACILITY pour le Dentaire, par fax ou par e-mail : sante@cofacility.fr Le dentiste doit préciser la période de soin.
- 3 COLONNA FACILITY délivre une prise en charge et la transmet directement au professionnel de santé par l'intermédiaire d'Almerys pour l'Optique).
- 4 Réglez la part non prise en charge par la garantie et éventuellement la part Sécurité sociale si le professionnel de santé ne pratique pas le tiers payant avec la Sécurité sociale.

QU'EST-CE QUE LE 100% SANTÉ ?

Il s'agit du remboursement intégral par la Sécurité sociale et votre complémentaire santé de certaines dépenses de soins engagées sur les postes optique, dentaire et audiologie. Retrouvez tous les détails du « 100% Santé » dans votre tableau de garanties en page 3 et en page 4.



VOTRE RÉSEAU OPTIQUE

COLONNA FACILITY VOUS PROPOSE UN NOUVEAU SERVICE POUR RÉDUIRE VOS FRAIS OPTIQUE !

Après de plus de 5 430 opticiens sur simple présentation de votre carte de tiers payant, vous bénéficiez désormais d'équipements de qualité à des prix négociés : jusqu'à - 35 % sur les plus grandes marques de verres et des réductions sur les montures et les lentilles. Ainsi que des services complémentaires : contrôle de la vue, garanties casse et adaptation, conseils sur la santé visuelle...

Pour plus d'information, téléchargez la fiche pratique sur sante@cofacility.fr/reseau

Jusqu'à -35% sur les plus grandes marques de verres

80% des opticiens dans le réseau

Une géolocalisation depuis cofacility.fr

Aucune contrainte que des avantages

Les prestations énoncées dans le tableau ci-dessous s'entendent en complément des prestations de la Sécurité sociale ou par tout autre organisme et ne peuvent excéder les frais réellement 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.

ACTES	REGIME DE BASE	OPTION A (Y Compris régime de base)	OPTION B (Y Compris régime de base)	OPTION C (Y Compris régime de base)	OPTION D (Y Compris régime de base)
HOSPITALISATION médicale et chirurgicale					
Honoraires des médecins :					
-signataires de l'OPTAM	TM	100% FR – SS	100% FR - SS	100% FR - SS	100% FR - SS
-non signataires de l'OPTAM	TM	TM + 100% BR	TM + 100% BR	TM + 100% BR	TM + 100% BR
Frais de séjour	TM	100% FR - SS	100% FR - SS	100% FR - SS	100% FR - SS
Forfait journalier	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière (y compris Maternité)	-	2,40% PMSS/jour ⁽¹⁾	2,40% PMSS/jour	2,40% PMSS/jour	2,40% PMSS/jour
Frais lit d'accompagnement (enfant -12 ans)	-	3% PMSS / jour	3% PMSS / jour	3% PMSS / jour	3% PMSS / jour
Garde malade à domicile remboursé par la SS	-	-	100% FR ⁽²⁾	100% FR ⁽²⁾	100% FR ⁽²⁾
TRANSPORTS remboursés par la SS	TM	TM	TM	TM	150% BR
MÉDECINE COURANTE					
Consultations, visites généralistes :					
-signataires de l'OPTAM	TM	TM	72,50% BR	95% BR	135% BR
-non signataires de l'OPTAM	TM	TM	52,50% BR	75% BR	115% BR
Consultations, visites spécialistes :					
-signataires de l'OPTAM	TM	TM	75% BR	100% BR	150% BR
-non signataires de l'OPTAM	TM	TM	55% BR	80% BR	TM+100% BR
Radiologie / imagerie, actes techniques médicaux					
-signataires de l'OPTAM	TM	TM	50% BR	72,50% BR	135% BR
-non signataires de l'OPTAM	TM	TM	TM	52,50% BR	115% BR
Actes d'analyses, auxiliaires médicaux	TM	TM	50%BR	72,50%BR	135%BR
Pharmacie	TM	TM	TM	TM	TM
Prothèses non dentaire et auditives					
Orthopédie	TM	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR
Autre prothèses	TM	65% BR	95% BR	110% BR	135% BR
OPTIQUE 100% SANTÉ	Prise en charge intégrale*				
OPTIQUE^{(3) **}					
Verres enfant (moins de 16 ans)					
- Verre simple (par verre)	Cf grille régime base	30€	52€	70€	97€
- Verre complexe (par verre)		53€	82€	105€	156€
- Verre très complexe (par verre)		53€	82€	105€	156€
Verres adulte					
- Verre simple (par verre)	Cf grille régime base	30€	52€	70€	97€
- Verre complexe (par verre)		82€	133€	172€	252€
- Verre très complexe (par verre)		85€	135€	174€	288€
Monture enfant (moins de 16 ans)		43,87 €	44,56 €	55,53 €	66,50 €
Monture Adulte	Cf grille régime base	49,36 €	98,72 €	100 €	100 €
Lentilles remboursées la SS	TM	5% PMSS/ an	6% PMSS/ an	7% PMSS/ an	8% PMSS/ an
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	-	4,50% PMSS/an	6% PMSS/ an	7% PMSS/ an	8% PMSS/ an
Opération de la myopie et de l'hypermétropie	-	29,465% PMSS/œil/an	29,465% PMSS/œil/an	29,465% PMSS/œil/an	29,465% PMSS/œil/an
Prestation d'adaptation classe A ou B	100% FR*	100% FR*	100% FR*	100% FR*	100% FR*
DENTAIRE 100% SANTÉ	Prise en charge intégrale*				
DENTAIRE (PANIERIS TARIFS MAÎTRISÉS* ET TARIFS LIBRES)					
Soins dentaires et consultations	TM	TM	115% BR	120% BR	120% BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS (y compris couronne sur implant)	125% BR	155% BR	237% BR	273% BR	332% BR
Prothèses dentaires non remboursées par la SS (hors implants)	-	155% BRR	237% BRR	273% BRR	332% BRR
Orthodontie remboursée par la SS	125% BR	125% BR	166% BR	220% BR	332% BR
Orthodontie non remboursée par la SS	-	121% BRR	121% BRR	121% BRR	121% BRR
Implantologie	-	100€ / an	200€ / an	300€ / an	400€ / an
AIDES AUDITIVES	Limité à un appareil par oreille tous les 4 ans				
Aides Auditives 100% SANTE (Dés 01/01/2021)	Prise en charge intégrale*				
Prothèses auditives hors 100% sante (Limité à 1700€ TTC /aide auditive y compris SS)	TM	10,804% PMSS/an (minimum TM)	29,465% PMSS/an (minimum TM)	29,465% PMSS/an (minimum TM)	34,376% PMSS/an (minimum TM)
Accessoires et fournitures y compris piles remboursées par la SS		15 € par an et par bénéficiaire (minimum TM)	30 € par an et par bénéficiaire (minimum TM)	45 € par an et par bénéficiaire (minimum TM)	60 € par an et par bénéficiaire (minimum TM)
Cures thermales remboursées par la SS					
Frais de traitement et d'honoraires	TM	7,857% PMSS	9,822% PMSS	9,822% PMSS	9,822% PMSS
Frais de voyage et hébergement	-				
Maternité ou adoption					
Allocation naissance ou adoption par enfant	-	7,857% PMSS	7,857% PMSS	7,857% PMSS	7,857% PMSS

ACTES	REGIME DE BASE	OPTION A (Y Compris régime de base)	OPTION B (Y Compris régime de base)	OPTION C (Y Compris régime de base)	OPTION D (Y Compris régime de base)
Médecine douce : Ostéopathie, Homéopathie, Acupuncture, Chiropractie, Etiopathie, pédicurie, podologue, psychologue et psychomotricien.	-	80 € par an et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire	120 € par an et par bénéficiaire	145 € par an et par bénéficiaire
Pédicurie, Podologue non remboursée par la SS	-	60 € par an et par bénéficiaire	60 € par an et par bénéficiaire	60 € par an et par bénéficiaire	60 € par an et par bénéficiaire
Frais d'obsèques (assuré ou bénéficiaire, limités aux frais réels)	-	50% PMSS	50% PMSS	50% PMSS	50% PMSS
ACTES DE PREVENTION Selon liste de l'arrêté du 8 juin 2006 Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum Vaccins remboursés par la SS Vaccins non remboursés par la SS et traitement antipaludéen	TM TM TM -	TM TM TM 50 € / an	TM TM TM 50 € / an	TM TM TM 50 € / an	TM TM TM 50 € / an

En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité sauf mentions particulières au tableau. Lorsque la Sécurité sociale intervient, le régime prend à minima en charge le Ticket modérateur conformément à la réglementation. (1) Le remboursement de la chambre particulière est limité à 30 jours pour l'option A. (2) La garde d'enfant à domicile est remboursée au maximum pendant 12 jours par an (options B et C) ou au maximum pendant 20 jours par an (option D).

(3) Le poste optique est limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans sauf évolution de la vue pour les enfants 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.

* Dans le respect des honoraires limites de facturation pour le poste dentaire et des prix limites de vente pour le poste optique.

** Ces montants s'entendent sous déduction des remboursements de la Sécurité sociale. En tout état de cause, les lentilles prises en charge par la Sécurité sociale seront remboursées au minimum au TM.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - BRR : Base de Remboursement Reconstituée de la Sécurité sociale - TM : Ticket Modérateur - FR : Frais réels - SS : Sécurité Sociale

Grille Optique Régime de Base	
Equipement 2 verres simples + monture	100 €
Equipement 2 verres complexes + monture	200 €
Equipement 2 verres très complexes + monture	200 €

Le contrat respecte le cahier des charges du contrat responsable intégrant le dispositif 100% Santé (art. L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité Sociale).

LE 100% SANTÉ EN PRATIQUE

Les professionnels de santé devront systématiquement vous proposer un devis avec une offre sans reste à charge.



OPTIQUE

REMBOURSEMENT INTÉGRAL
À PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2020

L'opticien devra exposer au moins 17 modèles de montures adulte et 10 modèles de montures enfant en 2 coloris différents, avec un prix limite de vente de 30 € par monture. L'opticien devra proposer des verres corrigéant tous types de défaut visuel, avec traitement anti-reflet, anti-rayure et amincissement adapté. L'assuré peut mixer les offres: il peut opter pour une monture « Tarifs libres » + des verres « 100% Santé » ou inversement.

LE PANIER TARIFS LIBRES

Le prix des autres montures est librement fixé. Elles seront remboursées à hauteur du montant prévu dans votre contrat (dans la limite de 100 € maximum). Les verres « Tarifs libres » bénéficient de traitements supplémentaires.



DENTAIRE

REMBOURSEMENT INTÉGRAL
À PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2020

Remboursement intégral des couronnes et bridges avec application d'honoraires limite de facturation en fonction du type de couronnes, de la position de la dent et du matériau.

Création d'un panier intermédiaire : des matériaux de meilleure qualité à tarifs maîtrisés.

LE PANIER TARIFS LIBRES

Les dentistes conservent leur liberté dans la fixation des prix.



AUDIOLOGIE

REMBOURSEMENT INTÉGRAL
À PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2021

Tous les types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire.

Mise en place de Prix Limites de Vente dégressifs dès le 1^{er} janvier 2020.

3 options minimum dans une liste définie.

LE PANIER TARIFS LIBRES

Le prix de l'appareil est librement fixé. L'appareil sera remboursé à hauteur du montant prévu dans votre contrat (dans la limite de 1700 € par oreille). Des fonctionnalités plus sophistiquées et davantage d'options sont proposées.

« UNE ÉQUIPE DE CONSEILLERS EST À VOTRE ÉCOUTE » DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H30 À 18H00

COLONNA FACILITY 41207 ROMORANTIN CEDEX

E-MAIL : sante@cofacility.fr TÉLÉPHONE : 02.54.88.38.14 SITE INTERNET : www.cofacility.fr FAX : 02.54.95.90.90

TARIFS LOI EVIN au 1er janvier 2021

REGIME GENERAL

CADRES		BASE	OPTION A	OPTION B	OPTION C	OPTION D
Loi Evin 1ère année			79,19 €	88,79 €	103,18 €	109,35 €
Loi Evin 2ème année			99,07 €	110,72 €	128,89 €	136,43 €
Loi Evin 3ème année et + autres assurés (suspensions, démissionnaires) ayants-droit	Par adulte de moins de 55 ans	56,56 €	99,07 €	110,72 €	128,89 €	136,43 €
	Par adulte de 70 ans ou moins	70,27 €	113,47 €	128,55 €	151,52 €	161,46 €
	Par adulte de 80 ans ou moins	87,41 €	142,60 €	160,77 €	189,57 €	200,88 €
	Par adulte de plus de 80 ans	113,47 €	185,45 €	208,42 €	247,16 €	261,90 €
Par enfant *		30,51 €	55,53 €	56,90 €	66,50 €	71,30 €

*Cotisation gratuite à compter du 3ème enfant

REGIME ALSACE MOSELLE

CADRES		BASE	OPTION A	OPTION B	OPTION C	OPTION D
Loi Evin 1ère année			66,16 €	75,42 €	90,16 €	95,98 €
Loi Evin 2ème année			82,61 €	94,27 €	112,44 €	119,98 €
Loi Evin 3ème année et + autres assurés (suspensions, démissionnaires) ayants-droit	Par adulte de moins de 55 ans	42,51 €	82,61 €	94,27 €	112,44 €	119,98 €
	Par adulte de 70 ans ou moins	52,45 €	85,70 €	96,67 €	113,47 €	121,01 €
	Par adulte de 80 ans ou moins	65,82 €	106,95 €	120,32 €	141,92 €	151,17 €
	Par adulte de plus de 80 ans	85,70 €	139,18 €	155,97 €	185,11 €	196,42 €
Par enfant *		22,62 €	41,14 €	42,51 €	50,05 €	52,79 €

*Cotisation gratuite à compter du 3ème enfant

REGIME GENERAL

NON CADRES		BASE	OPTION A	OPTION B	OPTION C	OPTION D
Loi Evin 1ère année			58,96 €	68,22 €	72,67 €	80,90 €
Loi Evin 2ème année			73,70 €	85,36 €	91,18 €	101,47 €
Loi Evin 3ème année et + autres assurés (suspensions, démissionnaires) ayants-droit	Par adulte de moins de 55 ans	56,56 €	73,70 €	85,36 €	91,18 €	101,47 €
	Par adulte de 70 ans ou moins	70,27 €	76,44 €	95,30 €	103,18 €	115,18 €
	Par adulte de 80 ans ou moins	87,41 €	94,96 €	119,64 €	129,24 €	143,63 €
	Par adulte de plus de 80 ans	113,47 €	123,41 €	154,95 €	167,63 €	187,17 €
Par enfant *		30,51 €	33,94 €	41,48 €	45,25 €	50,73 €

*Cotisation gratuite à compter du 3ème enfant

REGIME ALSACE MOSELLE

NON CADRES		BASE	OPTION A	OPTION B	OPTION C	OPTION D
Loi Evin 1ère année			42,85 €	51,42 €	57,59 €	65,13 €
Loi Evin 2ème année			53,48 €	64,10 €	71,99 €	81,24 €
Loi Evin 3ème année et + autres assurés (suspensions, démissionnaires) ayants-droit	Par adulte de moins de 55 ans	42,51 €	53,48 €	64,10 €	71,99 €	81,24 €
	Par adulte de 70 ans ou moins	52,45 €	57,25 €	71,99 €	77,47 €	86,39 €
	Par adulte de 80 ans ou moins	65,82 €	71,65 €	89,47 €	97,36 €	108,67 €
	Par adulte de plus de 80 ans	85,70 €	92,56 €	115,87 €	125,81 €	140,55 €
Par enfant *		22,62 €	25,02 €	31,54 €	34,28 €	37,71 €

*Cotisation gratuite à compter du 3ème enfant