

# RÉGIME FRAIS DE SANTÉ ALSTOM

Relative au contrat n°12-01-076  
pour l'ensemble du personnel actif  
des filiales françaises du groupe Alstom



Notice d'information  
au 1<sup>er</sup> janvier 2012

**ALSTOM**



# Régime frais de Santé Sommaire

Bénéficiaires du régime frais de santé obligatoire .....	p.5
Processus d'adhésion aux régimes de base obligatoire et « Plus » facultatif .....	p.6
Inscription des bénéficiaires et ayants droit des salariés .....	p.7
Vos garanties et prestations .....	p.8
Tableau des garanties .....	p.9
Quelques exemples .....	p.10
Prestations extra-contractuelles .....	p.13
Maintien de vos garanties .....	p.14
Le contrat responsable .....	p.16
Le parcours de soins coordonné .....	p.18
Versement des prestations .....	p.20
Informations complémentaires .....	p.22
Cotisations .....	p.24
Dispositions générales .....	p.25
Les coordonnées de votre mutuelle .....	p.26
Lexique .....	p.30
Liste des organismes co-assureurs .....	p.32

A l'occasion de l'intégration du secteur GRID dans le périmètre du groupe ALSTOM, le régime de couverture des frais de santé des salariés des filiales françaises du groupe a été harmonisé.

L'harmonisation des régimes de prévoyance et de santé du groupe a fait l'objet d'un groupe de travail, réunissant les organisations syndicales représentatives et la direction, et s'est conclu par un accord de groupe signé à la fin de l'année 2011.

### **Le nouveau régime prend effet à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012.**

Il est composé pour la couverture des frais de santé :

↳ d'un régime de base obligatoire et commun à tous les salariés, couvrant les principaux risques de santé des salariés et de leur famille.

↳ et d'un régime « Plus » facultatif, financé par les salariés qui souhaitent renforcer les garanties du régime de base.

Le régime de frais de santé est co-assuré par des partenaires de longue date : Novalis Prévoyance et les mutuelles énumérées ci-après et représentées par l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (U.N.P.M.F.).

---

**La présente notice d'information vous précise les garanties et prestations auxquelles vous pouvez prétendre au titre du contrat frais de santé souscrit par votre employeur, ainsi que les modalités de prise en charge des soins, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.**

**Ce document vous indique également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des limitations de garanties ainsi que des délais de prescription.**

**Cette notice vous est remise par votre employeur lors de votre affiliation.**



## BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ OBLIGATOIRE

Le régime « Frais de santé » à adhésion obligatoire souscrit par votre employeur concerne l'ensemble des salariés du groupe ALSTOM affiliés au régime général de la Sécurité sociale ou au régime local Alsace-Moselle, entrant dans le champ d'application de l'accord de groupe du 28/12/2011 et ses avenants.

Les garanties bénéficient également à vos ayants droit sous réserve d'avoir été déclarés à votre mutuelle.

Sont considérés comme vos ayants droit :

- votre conjoint non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, ou partenaire de Pacs, ou concubin notoire ;
- vos enfants à charge ou à la charge de votre conjoint, partenaire de Pacs ou concubin ;
- vos ascendants fiscalement à charge.

**On entend par concubin et partenaire de Pacs**

Le concubin notoire ou le partenaire de Pacs est assimilé au conjoint non divorcé, ni séparé de corps judiciairement.

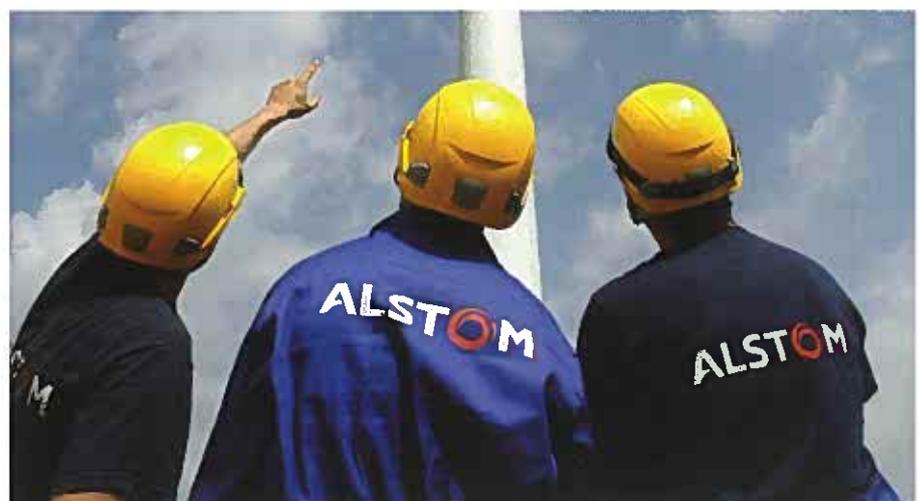
Par concubin, il faut entendre la personne vivant avec l'adhérent dans le cadre d'une union de fait s'il peut être prouvé que sa durée est d'au moins 2 ans sauf si un enfant reconnu des deux parents est né de cette union.

Par partenaire de Pacs, il faut entendre la personne ayant conclu avec l'adhérent une convention solennelle (Pacte civil de solidarité) ayant pour but d'organiser leur vie commune. Les signataires d'un Pacs sont désignés par le terme de partenaires.

**On entend par enfant à charge :**

Vos enfants légitimes ou légitimés, reconnus, recueillis, adoptifs ou dans l'attente de la transcription de la décision d'adoption, à votre charge ou à la charge de votre conjoint, partenaire de Pacs ou concubin au sens de la Sécurité sociale, et lorsqu'ils n'ont plus ce droit :

- jusqu'au 31 décembre de leur 28<sup>e</sup> anniversaire s'ils :
  - sont affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants, ou ;
  - suivent des études secondaires ou supérieures, ou ;
  - suivent une formation en apprentissage ou en professionnalisation et perçoivent une rémunération inférieure ou égale à 55% du Smic en vigueur, ou ;
  - s'ils sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à Pôle Emploi.
- sans limite d'âge, s'ils sont infirmes majeurs, titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L241-3 du Code de l'action sociale et des familles et percevant l'allocation compensatrice pour adultes handicapés (AAH) et dans l'impossibilité de se livrer à une activité rémunérée selon la réglementation de la Sécurité sociale.



## PROCESSUS D'ADHÉSION AUX RÉGIMES DE BASE OBLIGATOIRE ET « PLUS » FACULTATIF

### Comment être pris en charge

L'adhésion au régime « Frais de santé » nécessite d'accomplir certaines formalités.

Vous devez remplir le bulletin individuel d'affiliation qui vous a été remis, pour vous-même ainsi que pour vos ayants droit, que vous devez retourner au plus vite au service Ressources Humaines de votre entreprise, accompagné des pièces justificatives mentionnées ci-après.

Si vous êtes en contrat de travail à durée déterminée ou sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation à durée déterminée et déjà couverts par ailleurs, vous pouvez ne pas adhérer au régime et adresser à votre employeur une demande de dispense d'affiliation dûment complétée et accompagnée des justificatifs adéquats (à renouveler tous les ans).

### L'admission dans le régime de base

Vous êtes admis dans le régime frais de santé, soit à la date de prise d'effet du contrat, soit lors de votre date d'embauche si elle est postérieure à la date d'effet du contrat.

### Modification de votre situation familiale

Pour enregistrer une modification de votre situation familiale (mariage,

naissance, concubinage...), vous devez remplir un bulletin de modification, disponible auprès de votre responsable Ressources Humaines et le lui retourner, accompagné des pièces justificatives. Le nouveau-né ou l'enfant adopté sont garantis dès le jour de la naissance, de l'adoption ou dans l'attente de la transcription de la décision d'adoption à partir du moment où l'enfant bénéficie des prestations sociales en qualité d'ayant droit.

La demande doit être adressée à la mutuelle dont vous relevez dans les 30 jours qui suivent l'événement.

### Modification de votre situation administrative

Vous devez signaler rapidement à votre mutuelle tout changement relatif à la gestion de votre dossier (changement d'adresse et/ou de Caisse primaire d'assurance maladie, de coordonnées bancaires, perte ou vol de votre carte d'adhérent...).

### Le régime « Plus » facultatif

L'adhésion au régime « Plus » facultatif couvre l'ensemble de vos ayants droit.

La souscription au régime « Plus » facultatif est effectuée pour un **minimum de 3 ans** et peut être demandée :

- au plus tard dans les 2 mois suivant l'affiliation au régime de base obligatoire,
- au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année - sous réserve de prévenir votre mutuelle par lettre recommandée et votre employeur au moyen d'un bulletin de modification - avant le 31 octobre de l'année, pour une prise d'effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

Toute demande de renonciation au régime « Plus » facultatif est considérée comme définitive sauf modification de situation familiale ou professionnelle.

Vous pouvez toutefois modifier votre choix en cours d'année (changer

indifféremment de régime) lors de la survenance d'un des événements suivants :

- mariage, Pacte civil de solidarité, concubinage, divorce, dissolution du pacte civil de solidarité, fin du concubinage ;
- naissance ou adoption ;
- changement de situation professionnelle du conjoint ou du concubin entraînant l'adhésion ou la perte de la qualité d'adhérent à un contrat collectif frais de santé à adhésion obligatoire ;
- décès d'un ayant droit.

Dans ce cas, vous devez prévenir votre mutuelle par lettre recommandée et votre employeur au moyen d'un bulletin de modification au plus tard avant la fin du deuxième mois qui suit la date de survenance de l'événement. Sur présentation des justificatifs, la nouvelle garantie s'appliquera dès le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande.



# INSCRIPTION DES BÉNÉFICIAIRES ET AYANTS DROIT DES SALARIÉS

## PIÈCES À JOINDRE

<b>Adhérent</b>	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) + Copie du livret de famille, s'il y a des enfants non à charge Sécurité sociale + Relevé d'Identité Bancaire du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations.
<b>Conjoint</b>	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même assuré social.
<b>Concubin</b>	Justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture EDF, d'un avis d'imposition + Attestation d'immatriculation Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même assuré social.
<b>Partenaire de Pacs</b>	Pacte civil de solidarité ou attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'Instance + Attestation d'immatriculation Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même assuré social.
<b>Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale</b>	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) du salarié ou de son conjoint ou concubin, justifiant de la qualité d'ayant droit.
<b>Enfant étudiant (jusqu'au 31/12 de l'année du 28<sup>e</sup> anniversaire)</b>	Certificat de scolarité ou copie carte d'étudiant + Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) du régime étudiant.
<b>Enfant, en contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation et ayant une rémunération inférieure ou égale à 55% du SMIC en vigueur (jusqu'au 31/12 de l'année du 28<sup>e</sup> anniversaire),</b>	Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation + Dernier bulletin de salaire + Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale).
<b>Enfant ayant terminé ses études et en recherche d'un premier emploi (jusqu'au 31/12 de l'année du 28<sup>e</sup> anniversaire)</b>	Certificat de scolarité de la dernière année d'études + Attestation d'inscription au Pôle Emploi + Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale).
<b>Enfant atteint d'une invalidité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée selon la réglementation du régime de la Sécurité sociale</b>	Notification d'invalidité ou décision de la CDAPH.
<b>Ascendants à charge fiscalement</b>	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale + justificatif fiscal

**Votre mutuelle gestionnaire se réserve le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire nécessaire à la gestion de votre dossier.**

## VOS GARANTIES ET PRESTATIONS

### Prise d'effet

#### Vos garanties entrent en vigueur :

- soit à la date de prise d'effet du contrat collectif à adhésion obligatoire « Frais de Santé » souscrit par votre employeur, si vous êtes inscrit aux effectifs et sous contrat de travail ;
- soit à compter de votre date d'entrée au sein du groupe ALSTOM ou de l'un de ses établissements, lorsque vous êtes embauché postérieurement à la date d'effet du contrat souscrit par votre employeur, sous réserve que vous ayez été déclaré par votre employeur à votre organisme assureur dans les 3 mois suivant votre engagement.

#### Définition des garanties et prestations

Les niveaux de remboursement sont indiqués dans le tableau de garanties ci-après.

Les remboursements effectués au titre des différents postes viennent en complément des prestations en nature versées par la Sécurité sociale. Il est précisé que seuls les actes pris en charge par la Sécurité sociale et qui sont inscrits à sa nomenclature donnent lieu à indemnisation au titre de la présente notice, sauf mention contraire figurant au tableau de garanties.

Seuls les actes dont la date figurant sur les décomptes de Sécurité sociale est postérieure à la date d'affiliation du bénéficiaire et antérieure à la date de résiliation du contrat ou à la date de cessation des garanties peuvent donner lieu à indemnisation au titre du présent contrat.

Les prestations sont, dans tous les cas, limitées pour chaque acte, aux frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale et, le cas échéant, d'un autre organisme complémentaire.

Le taux de remboursement pour la Sécurité sociale s'entend seulement en cas de respect du parcours de soins coordonné.

#### Indemnisation à l'occasion d'une maternité

Les frais médico-chirurgicaux engagés (examens prénataux, examens postnataux, frais d'accouchement, surveillance médicale de l'enfant) à l'occasion de la maternité de la salariée, de la conjointe, de la concubine ou de la partenaire de Pacs, si celle-ci est bénéficiaire du présent contrat, sont pris en charge dans les conditions indiquées dans le tableau des garanties.

Les soins et frais indemnisés au titre de l'assurance Maternité intervenant durant la période comprise entre le 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>e</sup> mois de grossesse et 12 jours après l'accouchement sont garantis par extension des risques médicaux chirurgicaux.

Sont couverts à ce titre les frais médicaux, pharmaceutiques, d'appareillage, d'hospitalisation (à l'exception de la chambre particulière, sauf disposition spécifique prévue au tableau de garanties), l'ensemble des frais d'analyses et d'examens en laboratoire, frais d'optique et prothèses dentaires.



## TABLEAU DES GARANTIES

Les remboursements indiqués ci-dessous sont déterminés en fonction de la réglementation Sécurité sociale applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Les forfaits annuels s'entendent dans le cadre de l'année civile.

Le contrat prend en charge la participation forfaitaire de 18 € pour les actes médicaux lourds.

➤ FR : Frais réels engagés

➤ RSS : Remboursement de la Sécurité sociale

➤ BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale

➤ PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3031 € au 01/01/2012)

Frais médicaux courants	Régime de Base en complément du remboursement de la Sécurité sociale)	Régime de base complété par le régime "Plus" facultatif (en complément du remboursement de la Sécurité sociale)
Consultations et visites généralistes	150 % BRSS	200 % BRSS
Actes courants de pratique médicales, actes de spécialité	150 % BRSS	200 % BRSS
Radiologie, analyses médicales	150 % BRSS	200 % BRSS
Auxiliaires médicaux	150 % BRSS	200 % BRSS
Consultations et visites spécialistes	200 % BRSS	250 % BRSS
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale (toutes vignettes)	Ticket modérateur	Ticket modérateur
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris maternité et convalescence)</b>		
Frais de séjour et honoraires	300 % BRSS	400 % BRSS
Forfait journalier (au 1 <sup>er</sup> jour)	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Chambre particulière <sup>(1)</sup> (hors maison de convalescence)	80 € / jour	90 € / jour
Frais d'accompagnant enfant de moins de 16 ans	40 € / jour	40 € / jour
Transport pris en charge par la SS	100 % BRSS	200 % BRSS
<b>Frais de maternité</b>		
Les frais sont pris en charge selon les couvertures Hospitalisation et Frais médicaux courants	+ Forfait de 300 €	+ Forfait de 300 €
<b>Dentaire</b>		
Soins dentaires	250 % BRSS	350 % BRSS
Prothèses remboursées SS	325 % BRSS	375 % BRSS
Prothèses non remboursées SS <sup>(2)</sup>	275 % BRSS	350 % BRSS
Orthodontie acceptée SS	250 % BRSS	300 % BRSS
Orthodontie non remboursée SS <sup>(2)</sup>	250 % BRSS	300 % BRSS
Implants	600 € / implant dans la limite de 3 par an/bénéficiaire	600 € / implant dans la limite de 3 par an/bénéficiaire
<b>Optique</b>		
Monture	110 €	150 €
Verres simples	Maximum entre 85 €/verre et 10 fois la BRSS (si plus favorable)	Maximum entre 130 €/verre et 15 fois la BRSS (si plus favorable)
Verres progressifs	Maximum entre 170 €/verre et 18 fois la BRSS (si plus favorable)	Maximum entre 230 €/verre et 26 fois la BRSS (si plus favorable)
<b>Attention, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, la prise en charge de l'équipement optique (monture + verres) est limitée à un renouvellement tous les 2 ans sauf :</b>		
- en cas d'évolution de la correction justifiée par une prescription médicale		
- pour les enfants de moins de 18 ans		
Lentilles remboursées ou non par la SS (y compris les jetables)	150 € / an et par bénéficiaire	250 € / an et par bénéficiaire
<b>Appareillages - Prothèses non dentaires - Cure thermales</b>		
Prothèses auditives	400 % BR	500 % BR
Orthopédie - Prothèses	200 % BR	300 % BR
Cures Thermales acceptées	100 % BR + 5 % PMSS (151,55 €)	100 % BR + 10 % PMSS (303,10 €)

<sup>(1)</sup> Y compris dans le cadre d'une hospitalisation en ambulatoire.

<sup>(2)</sup> Les actes non remboursés doivent être inscrits à la nomenclature et codifiés par le dentiste pour être pris en charge.



## QUELQUES EXEMPLES

### Soins courants (consultations)

#### Régime général

Exemples de frais réels	Base de remboursement de la SS	Remboursement de la SS	Remboursement du régime de base	Reste à charge	Remboursement du régime de base et du régime "Plus"	Reste à charge
<b>Consultations Généralistes</b>						
23,00 €	23,00 €	15,10 €	6,90 €	1,00 €	6,90 €	1,00 €
30,00 €	23,00 €	15,10 €	13,90 €	1,00 €	13,90 €	1,00 €
<b>Consultations Spécialistes</b>						
40,00 €	23,00 €	15,10 €	23,90 €	1,00 €	23,90 €	1,00 €
70,00 €	23,00 €	15,10 €	46,00 €	8,90 €	53,90 €	1,00 €

#### Régime local (Alsace - Moselle)

Exemples de frais réels	Base de remboursement de la SS	Remboursement de la SS	Remboursement du régime de base	Reste à charge	Remboursement du régime de base et du régime "Plus"	Reste à charge
<b>Consultations Généralistes</b>						
23,00 €	23,00 €	19,70 €	2,30 €	1,00 €	2,30 €	1,00 €
30,00 €	23,00 €	19,70 €	9,30 €	1,00 €	9,30 €	1,00 €
<b>Consultations Spécialistes</b>						
40,00 €	23,00 €	19,70 €	19,30 €	1,00 €	19,30 €	1,00 €
70,00 €	23,00 €	19,70 €	46,00 €	4,30 €	49,30 €	1,00 €

## Dentaire

Qu'est-ce que :

### Une prothèse dentaire remboursée par l'assurance maladie ?

Entrent dans la catégorie « prothèses dentaires remboursées », les couronnes, inlays-core, inlays-core à clavette, bridges et appareils dentaires.

Contrairement aux consultations et aux soins dentaires (sauf les inlays-onlays), le tarif des prothèses dentaires est libre. Cependant, votre praticien est tenu de vous en informer au préalable au moyen d'un devis établi par écrit et comportant notamment :

- ↳ la description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou des matériaux utilisés ;
- ↳ le montant des honoraires correspondant au traitement ;
- ↳ le montant remboursé par l'Assurance maladie.

Le régime de base complète le remboursement de la Sécurité sociale à hauteur de 325 % de la BRSS, dans la limite des frais engagés.

Le régime « Plus » facultatif complète le remboursement de la Sécurité sociale à hauteur de 375 % de la BRSS, dans la limite des frais engagés.

### Une prothèse dentaire non remboursée par l'assurance maladie (mais figurant à la nomenclature) ?

Il s'agit souvent d'une couronne dentaire apposée sur une dent pouvant être durablement reconstituée par obstruction (amalgame, inlay-onlay,...), dans le cadre de la pose d'un bridge (piliers) par exemple. Dans ce cas, il n'y a pas de remboursement de l'Assurance maladie, mais la mutuelle interviendra sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) d'une prothèse dentaire remboursée (selon codification du dentiste).

### Prothèse dentaire (type ceramo-métallique SPR 50)

#### Régime général

Exemples de frais réels	Base de remboursement de la SS	Remboursement de la SS	Remboursement du régime de base	Reste à charge	Remboursement du régime de base et du régime "Plus"	Reste à charge
<b>Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale</b>						
600,00 €	107,50 € (SPR 50)	75,25 €	349,38 €	175,38 €	403,13 €	121,63 €
<b>Prothèse dentaire non remboursée par la Sécurité sociale</b>						
600,00 €		-	295,63 €	304,38 €	376,25 €	223,75 €

#### Régime local (Alsace - Moselle)

Exemples de frais réels	Base de remboursement de la SS	Remboursement de la SS	Remboursement du régime de base	Reste à charge	Remboursement du régime de base et du régime "Plus"	Reste à charge
<b>Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale</b>						
600,00 €	107,50 € (SPR 50)	96,75 €	349,38 €	153,88 €	403,13 €	100,13 €
<b>Prothèse dentaire non remboursée par la Sécurité sociale</b>						
600,00 €		-	295,63 €	304,38 €	376,25 €	223,75 €

Qu'est-ce que :

### Un implant ?

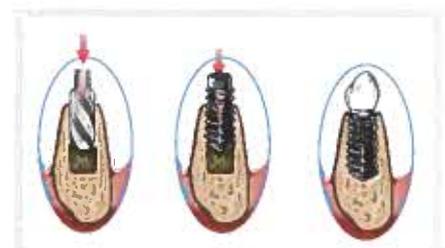
Il s'agit d'une racine artificielle en titane fixée dans l'os de la mâchoire destinée à remplacer une racine dentaire perdue et à supporter une dent (ou un élément) prothétique. On distingue l'implant des autres éléments de la dent artificielle, à savoir le pilier implantaire qui est vissé dans l'implant et la prothèse scellée sur le pilier prothétique intermédiaire.

### L'implant et le pilier ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie.

Le régime de base couvre les dépenses (dans la limite des frais engagés) jusqu'à 600 € par implant (à l'exclusion du pilier implantaire et de tous les frais annexes) et dans la limite de 3 par an au maximum et par bénéficiaire.

La couronne sur implant est une prothèse remboursée par la Sécurité sociale (codification SPR 30, soit une BRSS égale à 64,50 €) ; le régime de frais de santé complètera le remboursement

de la couronne par la Sécurité sociale, à hauteur de 325 % de la BRSS pour le régime de base et de 375 % de la BRSS pour le régime « Plus » facultatif, dans la limite des frais engagés.





## Optique

Le renouvellement des lunettes est limité à une paire tous les 2 ans sauf modification de correction pour les adultes, justifiée par une prescription médicale.

La limitation au renouvellement ne concerne pas les enfants de moins de 18 ans.

### Les verres

Le régime de base complète le remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des frais engagés et de :

- 10 fois la BRSS avec un minimum de 85 € par **verre simple** ;
- 18 fois la BRSS avec un minimum de 170 € par **verre progressif**.

Le régime « Plus » facultatif complète le remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des frais engagés et de :

- 15 fois la BRSS avec un minimum de 130 € par **verre simple** ;
- 26 fois la BRSS avec un minimum de 230 € par **verre progressif**.

### Les lentilles

Les lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale font l'objet d'un remboursement annuel par an et par bénéficiaire dans la limite de 150 € pour le régime de base et 250 € pour le régime « Plus » facultatif (dans la limite des frais engagés).

### Une monture

Le régime de base complète, dans la limite des frais engagés, le remboursement de la Sécurité sociale à hauteur de 110 €.

Le régime « Plus » facultatif complète, dans la limite des frais engagés, le remboursement de la Sécurité sociale à hauteur de 150 €.

## Régime général

Exemples de frais réels	Base de remboursement de la SS	Remboursement de la SS	Remboursement du régime de base	Reste à charge	Remboursement du régime de base et du régime "Plus"	Reste à charge
<b>2 verres blancs progressifs sphériques -4 à +4</b>						
400,00 €	14,64 €	8,79 €	340,00 €	51,21 €	391,21 €	- €
<b>Monture</b>						
160,00 €	2,84 €	1,71 €	110,00 €	48,29 €	150,00 €	8,29 €

## Régime local (Alsace - Moselle)

Exemples de frais réels	Base de remboursement de la SS	Remboursement de la SS	Remboursement du régime de base	Reste à charge	Remboursement du régime de base et du régime "Plus"	Reste à charge
<b>2 verres blancs progressifs sphériques -4 à +4</b>						
400,00 €	14,64 €	13,18 €	340,00 €	46,82 €	386,82 €	- €
<b>Monture</b>						
160,00 €	2,84 €	2,56 €	110,00 €	47,44 €	150,00 €	7,44 €

## PRESTATIONS EXTRA-CONTRACTUELLES

Des prestations non prévues au tableau de garanties et dites « extra-contractuelles » ont été mises en place pour prendre en charge certains soins prescrits médicalement mais non remboursés par la Sécurité sociale.

Cette prise en charge est conditionnée aux résultats des comptes du régime de frais de santé : certaines prestations pourront donc être réduites ou supprimées, en fonction de ces résultats.

Les demandes de remboursement liées à ces prestations extracontractuelles doivent être formulées auprès de votre mutuelle .



### Nature des soins

### Prestations extra-contractuelles

<b>Chirurgie réfractive de l'œil</b>	50% des frais réels, la prestation maximale étant limitée à 500 € par œil
<b>Analyses médicales hors nomenclature Radios hors nomenclature (densitométrie osseuse)</b>	50% des frais réels, la prestation maximale étant limitée au : ↳ PMSS divisé par 30 (soit 101,04 € valeur janvier 2012)
<b>Psychomotricité</b>	50% des frais réels, la prestation maximale étant limitée au : ↳ PMSS divisé par 150 par séance (soit 20,21 € valeur janvier 2012) ↳ 20 séances par personne et par an
<b>Ostéopathie – Etiopathie Kinésithérapie méthode Mézières (praticien titulaire d'un diplôme reconnu)</b>	50% des frais réels, la prestation maximale étant limitée au : ↳ PMSS divisé par 100 (soit 30,31 € valeur janvier 2012) ↳ 10 séances par personne et par an
<b>Vaccins</b>	80% des frais réels

### Quelques précisions

Au titre de **la chirurgie réfractive**, les techniques au laser et incisionnelles sont prises en charge.

Pour **la densitométrie osseuse**, l'examen de dépistage de l'ostéoporose (l'ostéodensitométrie), est remboursée par l'Assurance Maladie sur prescription médicale, pour les patients à risques depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006 à hauteur de 70% sur la base d'un tarif fixé à 39,96 €.

Si vous êtes concerné, c'est la garantie Radiologie de votre régime qui interviendra.

Dans les autres cas, l'acte relèvera bien des prestations extra-contractuelles.

Concernant **la kinésithérapie** non prise en charge par l'assurance maladie, seule **la méthode Mézières** permet un remboursement dans le cadre des prestations extra-contractuelles.



## **MAINTIEN DE VOS GARANTIES**

---

### **Salariés bénéficiaires d'un congé parental**

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour cause de congé parental, bénéficient du maintien des garanties de base pendant une durée de six mois. Le régime « Plus » facultatif souscrit pendant la période d'activité précédant la suspension du contrat de travail, est également maintenu pour six mois.

Ce maintien s'effectue en contrepartie du versement de cotisations identiques à celles des salariés en activité et selon la même répartition entre l'entreprise et le salarié que celle prévue pour les salariés actifs, pendant 6 mois.

Au-delà de cette période, les garanties peuvent être conservées, dans les conditions prévues par le régime d'accueil.

### **Salariés dont le contrat de travail est suspendu**

Si votre contrat de travail est suspendu, les garanties définies à la présente notice sont maintenues pour la période au titre de laquelle vous bénéficiez :

- soit d'un maintien total ou partiel de rémunération par votre employeur,
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par votre employeur, et directement versées par ce dernier ou pour son compte par un tiers.

Ce maintien s'effectue en contrepartie du versement de cotisations identiques à celles des salariés en activité et selon la même répartition entre l'entreprise et le salarié que celle prévue pour les salariés actifs.

Dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail supérieure à un mois (sauf congé parental pour les six premiers mois), les garanties sont suspendues de plein droit; vous pouvez demander à bénéficier du régime d'accueil.

### **Salariés bénéficiaires du dispositif de Cessation Anticipée d'Activité des Travailleurs de l'Amiante**

Les salariés bénéficiant du dispositif de Cessation Anticipée d'Activité des Travailleurs de l'Amiante peuvent demander le maintien des garanties de base du régime des actifs et du régime « Plus » facultatif ou souscrire au régime « Plus » facultatif dans le cas où il n'aurait pas été choisi pendant la période d'activité précédant la rupture du contrat de travail.

La demande d'affiliation à titre individuel et facultatif, doit être effectuée par l'intéressé auprès de son service Ressources Humaines par le biais d'un bulletin d'affiliation spécifique dans le mois suivant l'application du dispositif national de préretraite amiante.

Ce maintien s'effectue en contrepartie du versement de cotisations identiques à celles des salariés en activité et selon la même répartition entre l'entreprise et le salarié que celle prévue pour les salariés actifs.

Les garanties prennent alors effet le premier jour du passage dans le dispositif énoncé ci-avant, sous réserve du paiement de la cotisation.

Les modalités d'adhésion ou de renonciation au régime « Plus » facultatif sont identiques à celles prévues pour les salariés actifs et définies en pages suivantes.

### Cas des salariés privés d'emploi et indemnisés par Pôle Emploi – Portabilité des droits

En application de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 tel que modifié par l'avenant n°3 en date du 18 mai 2009, le maintien des garanties définies à la présente notice s'applique, dans les conditions ci-après décrites, si vous êtes un ancien salarié satisfaisant aux conditions cumulatives suivantes :

- votre dernier contrat de travail doit être d'une durée minimale d'un mois ;
- ce contrat de travail doit avoir été rompu : l'ensemble des motifs de rupture du contrat de travail est concerné (licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif légitime...), à l'exception de la faute lourde ;
- la rupture de ce contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage ;
- vos droits à garanties doivent avoir été ouverts avant la rupture du contrat de travail ;
- vous n'avez pas expressément renoncé au bénéfice du dispositif de portabilité. Si vous optez pour cette renonciation, vous devez effectuer celle-ci par écrit auprès de votre ancien employeur dans les 10 jours suivant la date de rupture de votre contrat de travail. **Cette renonciation est définitive et concerne l'ensemble des garanties Santé et Prévoyance souscrites par votre employeur.**

Le bénéfice du maintien des garanties est étendu à vos ayants droit déclarés et dûment affiliés antérieurement à la rupture de votre contrat de travail.

### Définition des garanties et prestations

Les garanties et prestations maintenues sont identiques à celles en vigueur pour les salariés actifs.

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (modification du niveau des prestations, des cotisations, des conditions de règlement, notamment), pendant la période de maintien des droits, vous seront opposables dans les mêmes conditions.

### Modalités de financement

Le maintien des garanties, dans les conditions suscitées, s'effectue par le biais d'un financement assuré conjointement par vous-même et votre ancien employeur.

### Prise d'effet, durée et cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation de votre contrat de travail.

Vous (et le cas échéant vos ayants droit) bénéficiez de ce maintien pendant une durée égale à la durée de votre dernier contrat de travail, appréciée en mois entier, étant précisé qu'un mois entier travaillé est nécessaire pour bénéficier d'un mois de portabilité correspondant.

En toute hypothèse, ce maintien ne peut excéder une durée de 9 mois, décomptée à partir de la date de cessation de votre contrat de travail.

Il est précisé que la suspension des allocations chômage n'a pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien des droits.

### Le maintien des garanties cesse :

- à la date à laquelle vous cessez de percevoir des allocations par le régime d'assurance chômage ;
- à la date de votre reprise d'activité professionnelle ;
- à la date de la liquidation de votre retraite de la Sécurité sociale ;
- à l'issue de la période de maintien à laquelle vous pouvez prétendre ;
- en cas de non paiement de la cotisation ;
- à la date de résiliation du contrat souscrit par votre ancien employeur.

### Articulation entre les modalités de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 et celles de l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Conformément aux dispositions prévues au présent contrat, en application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, peuvent bénéficier du maintien de la couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux, les anciens salariés s'ils sont privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

Afin de préserver les droits de ces anciens salariés qui pourraient par ailleurs, préalablement à ce maintien individuel défini par l'article 4 de la Loi Evin, bénéficier, pour une période comprise entre 6 mois et 9 mois, des modalités de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008, ce délai de 6 mois pour effectuer leur demande est décompté à compter de la date à laquelle cessent pour ces anciens salariés leurs droits à la portabilité.

## LE CONTRAT RESPONSABLE

### Dispositif contrat responsable

Les garanties et prestations définies au chapitre « Tableau des garanties » sont conformes aux conditions spécifiques propres aux contrats responsables énoncées par la loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à la Réforme de l'Assurance Maladie, le décret 2005-1226 du 29 septembre 2005 fixant le contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire, le décret n° 2007-1166 du 1<sup>er</sup> août 2007, la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 et le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 relatif à l'application des franchises médicales.

De ce fait, le contrat est qualifié de « responsable » et permet de bénéficier d'exonérations fiscales et sociales.

Conformément aux dispositions des textes précités :

### Sont pris en charge au titre des garanties définies à la présente notice d'information :

➤ la participation de l'assuré pour l'ensemble des prestations de prévention ci-après citées et définies par arrêté ministériel du 18 juin 2006 et considérées comme prioritaires au regard de certains objectifs de Santé Publique et figurant sur la liste de prestations fixée par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (Unocam) :

- scellement prophylactique des puits, sillons et fissures ;
- détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum ;



- bilan du langage oral et /ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit ;
  - dépistage hépatite B ;
  - dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans ;
  - l'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire.
- les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
- diphtérie, tétanos et poliomyélite (tous âges) ;
  - coqueluche (avant 14 ans) ;
  - hépatite B (avant 14 ans) ;
  - BCG (avant 6 ans) ;
  - rubéole pour les adolescentes qui n'ont

pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;

- haemophilus influenzae B ;
  - vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.
- les minima suivants :
- 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant ou de celles effectuées sur la prescription de celui-ci ;
  - 30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments prescrits par le médecin traitant ou par un médecin consulté dans le cadre du parcours de soins (ne bénéficient pas de cette prise en charge minimale systématique les spécialités homéopathiques, les médicaments destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère

habituel de gravité et les médicaments dont le service médical rendu n'a pas été classé comme majeur ou important) ;

- 35% du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant ou par un médecin consulté sur prescription du médecin traitant.
- prise en charge à hauteur de 50%, des dépassements d'honoraires, des actes pratiqués par les chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens ayant souscrit l'option de coordination prévue à la convention nationale du 26 juillet 2011.

Si vous relevez du dispositif local d'assurance maladie en vigueur en Alsace-Moselle, ces minima sont réduits afin que votre prise en charge de la participation ou celle de vos ayants droit ne puisse conduire à une indemnisation totale excédant le montant des frais exposés.

**Ne sont pas pris en charge au titre des garanties définies à la présente notice d'information :**

- la majoration de la participation de l'assuré prévue à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (non-désignation d'un médecin traitant ou à la consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) ;
- les dépassements autorisés d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit au minimum 8 €, valeur juillet 2006) ;

➤ la participation forfaitaire obligatoire prévue à l'article 20 du titre I de la loi portant réforme de l'assurance maladie fixée à 1 € par acte médical au 01/01/2005. Toutefois, lorsque, pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre. Le total des contributions forfaitaires ne peut être supérieur à 50 € par année civile (valeur au 01/01/2009) ;

➤ la franchise forfaitaire obligatoire fixée à 0,50 € prévue au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, applicable, dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie :

- les médicaments, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;
- les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;
- les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

Les montants et plafonds indiqués ci-dessus sont susceptibles d'évoluer en fonction des textes en vigueur.

Ainsi, toute contribution forfaitaire, franchise, majoration de participation ou autre mesure dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application ne sera pas remboursée au titre du contrat.



## LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉ

### Une nouvelle manière de consulter

Le médecin traitant, choisi librement par le patient âgé de plus de 16 ans, a désormais un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins dont il assure la coordination.

### Médecin traitant

#### Soins de premier recours

(généraliste ou spécialiste)

- Il participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel lorsqu'il sera instauré ;
- Il adresse le patient, si nécessaire et avec son accord, vers le médecin le plus apte à traiter sa situation spécifique, dit médecin correspondant.



#### Suivi régulier

- Le médecin traitant oriente son patient vers un médecin correspondant pour des soins répétés.
- Le médecin traitant et le médecin correspondant définissent alors un plan de soins en termes de contenu et de périodicité, ou un protocole d'ALD (affection longue durée).
- Le patient n'a pas à passer systématiquement par son médecin traitant dans le cadre de soins réguliers

### Médecin correspondant

#### Soins de second recours

(généraliste ou spécialiste)

- Il reçoit les patients adressés par le médecin traitant, pour un avis ponctuel ou pour un suivi régulier ;
- Il tient informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmet tous les éléments se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient.



#### Avis ponctuel - Expertise

- Le médecin traitant peut orienter le patient vers un médecin correspondant pour un avis ponctuel (consultation unique).
- Dans ce cas, le médecin correspondant ne devra pas avoir vu le patient dans les six mois précédant la consultation, et il ne devra pas le revoir dans les six mois qui suivent.
- Il ne donnera pas de soins continus au patient et laissera au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.





### Les exceptions

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux consultations directes Gynécologues - Psychiatres (moins de 26 ans) - Ophtalmologistes - Stomatologues (sauf actes chirurgicaux lourds) - Urgences - et en cas d'éloignement du domicile (hors résidence). Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par le parcours de soins coordonné et leurs consultations médicales sont également exonérées de la participation forfaitaire de 1 €.

### Les effets sur votre régime

Si vous respectez le parcours de soins, le remboursement de la Sécurité sociale reste inchangé et votre complémentaire santé prend en charge les dépassements d'honoraires à concurrence des garanties prévues dans votre régime. Il reste à votre charge les franchises.

Si vous ne respectez pas le parcours de soins, vous vous exposez à des conséquences financières :

➤ Sur la tarification des médecins spécialistes de secteur 1 : si vous consultez

directement un spécialiste sans passer par votre médecin traitant, le spécialiste pourra pratiquer un dépassement d'honoraires qui ne pourra excéder 17,5% d'une consultation normale.

De plus une franchise forfaitaire est retenue sur vos remboursements de la mutuelle liés aux dépassements d'honoraires des spécialistes (franchise de 8 €, valeur janvier 2012) ;

➤ Sur les remboursements des consultations et des actes médicaux de la Sécurité sociale : l'assurance maladie ne rembourse plus que 30% du tarif de responsabilité pour une consultation au lieu de 70% en régime général ou 90% en régime local Alsace-Moselle. Ce taux de remboursement concerne également les patients ayant déclaré un médecin traitant mais choisissant de consulter directement des spécialistes.

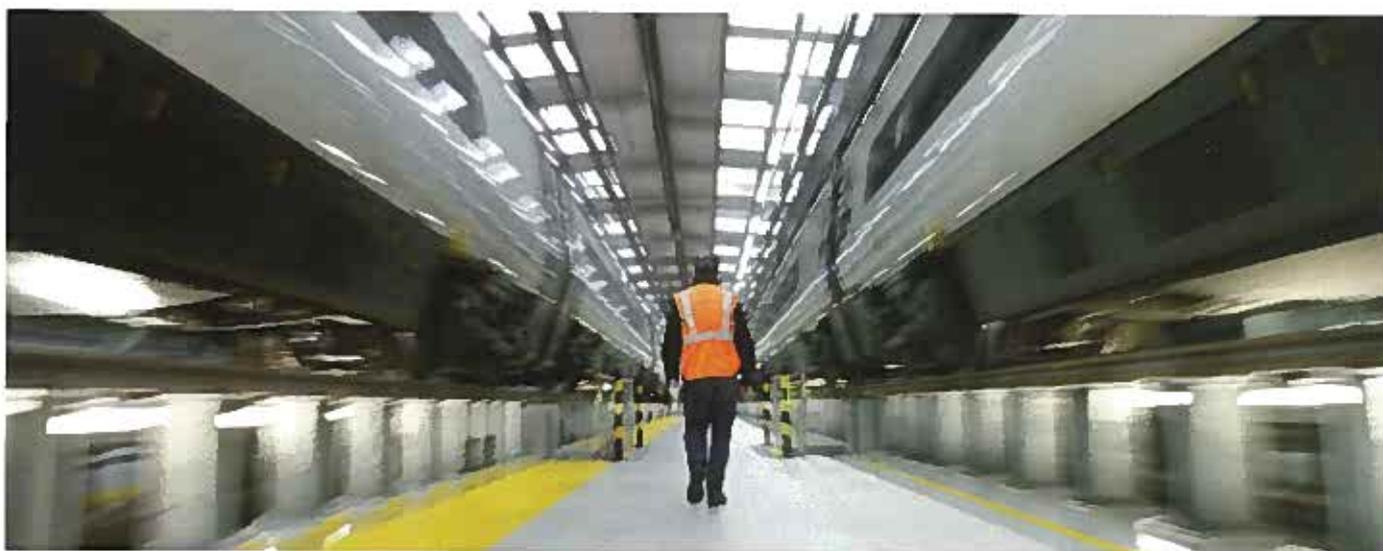
Qu'il soit traitant ou correspondant, vous avez toujours le choix de votre médecin : secteur 1 ou secteur 2, renseignez-vous !

Les médecins de secteur 1 respectent les tarifs opposables fixés par la Sécurité sociale.

Les médecins inscrits dans le secteur 2, à honoraires libres, ne sont pas concernés par les tarifs opposables du parcours de soins. Ils continuent donc à pratiquer les tarifs qu'ils souhaitent. Le montant des frais restant à votre charge est donc variable : il correspond à la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie, par la mutuelle et le montant total des honoraires pratiqués par le médecin de secteur 2. Une option de coordination est proposée aux médecins secteur 2 ; en y adhérant, ils s'engagent à respecter les tarifs opposables des médecins en secteur 1 pour 30% de leur activité.

En cas d'hospitalisation, pensez à vérifier si des honoraires supplémentaires vous seront demandés et si oui, à quelle hauteur.

Pour plus d'informations, le site internet de l'assurance maladie [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) propose un annuaire des professionnels de santé vous permettant de trouver l'adresse d'un praticien avec mention de son mode d'exercice, des tarifs généralement pratiqués et s'ils acceptent la carte vitale.



## VERSEMENT DES PRESTATIONS

---

### Comment vous faire rembourser ?

#### La télétransmission - Noémie

Dans la plupart des cas, le remboursement des prestations est automatique grâce au système de télétransmission (NOEMIE) entre la caisse primaire d'assurance maladie et votre mutuelle.

Grâce à lui, vous n'avez plus besoin d'envoyer vos décomptes ; c'est votre CPAM qui s'en charge dès qu'elle a traité votre feuille de soins.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier du système NOEMIE, vous devez le préciser sur votre bulletin d'adhésion. Vous devrez alors adresser à votre mutuelle vos demandes de remboursement accompagnées des originaux des décomptes Sécurité

sociale et éventuellement des justificatifs des frais réels engagés.

Cependant, pour certains actes, vous devez fournir à votre mutuelle une facture (dentiste, optique, hébergement cure...) accompagnée de votre décompte d'assurance maladie.

### Les justificatifs à fournir

#### Frais dentaires

- copie de la feuille de soins ;
- facture détaillée et acquittée du dentiste précisant :
  - la nature des travaux effectués ;
  - le numéro des dents concernées ;
  - le montant des frais réels correspondant à chacun des actes effectués.

#### Frais d'optique médicale

- facture détaillée de la monture et des verres et prescription médicale ;
- prescription médicale et facture détaillée acquittée pour les lentilles refusées par la Sécurité sociale.

#### Orthopédie – Prothèses autres que dentaires

- facture détaillée.

#### Cures thermales

- Prescription médicale ;
- facture détaillée de l'établissement thermal ;
- décompte de la Sécurité sociale ;
- facture des frais d'hébergement et de transport si la Sécurité sociale intervient à ce titre.

#### Maternité

- Facture détaillée acquittée.

#### Forfait naissance ou adoption

- Acte de naissance ou décision de justice autorisant l'adoption.

#### Le Tiers payant

Le tiers payant est un accord passé entre les mutuelles et les professionnels de santé, qui vous dispense de faire l'avance des frais de santé entrant dans la limite des montants mentionnés au tableau des garanties et prestations.

Pour bénéficier de ce service, vous devez présenter aux professionnels de santé votre carte d'adhérent et votre attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale ou votre carte Vitale.

Le tiers payant fonctionne pour l'hospitalisation, la pharmacie et, selon les accords départementaux existants, pour les soins hospitaliers externes, dans les laboratoires d'analyses médicales, les cabinets de radiologie, les centres dentaires mutualistes et les centres d'optique mutualistes.

#### **Vos prestations seront versées :**

- dans un délai de 48 heures en flux NOEMIE (télétransmission) ;
- dans un délai maximum de 5 jours ouvrés à compter de la réception de l'ensemble des pièces nécessaires à la constitution de votre dossier complet.

Si vous n'avez pas fait usage du tiers payant, ce paiement est effectué par virement sur votre compte bancaire, sous réserve que vous ayez fourni un relevé d'identité bancaire.

Si vous avez fait usage du tiers payant, le paiement est effectué directement aux professionnels de santé.

#### **La prise en charge hospitalière**

Si vous êtes hospitalisé dans un établissement conventionné, le centre de gestion de la Mutuelle vous délivre sur simple appel téléphonique, un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux.

Cette prise en charge est adressée directement à l'établissement concerné.

#### **Cas particuliers**

- Adhésion à plusieurs organismes complémentaires

La liaison NOEMIE ne fonctionne qu'entre votre CPAM et un seul organisme complémentaire. Si vous êtes adhérent à plusieurs organismes, vous devez choisir celui auprès duquel vous souhaitez que la connexion soit établie et l'indiquer lors de votre adhésion.

Si vous êtes bénéficiaire de plusieurs garanties frais de santé y compris en tant que bénéficiaire de votre conjoint salarié chez ALSTOM, vous pouvez obtenir le versement des prestations de chacune d'elles et ce, dans la limite des dépenses réellement engagées.

En cas de remboursement préalable d'un autre organisme complémentaire, il est nécessaire de présenter à votre mutuelle l'original du relevé de prestations de cet organisme, les copies des décomptes de Sécurité sociale et tout justificatif des frais réels engagés.

- Le remboursement des frais antérieurs à votre adhésion

Les frais de santé concernant les soins antérieurs à votre adhésion au régime seront à adresser à votre ancien organisme complémentaire (mutuelle, assureur...), qui procédera au règlement de ceux-ci.

## **Quelles sont les limites au versement de vos prestations ?**

#### **Principe indemnitaire**

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

#### **Prescription**

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées dans la présente notice sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Ainsi, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où les organismes assureurs en ont eu connaissance ;

- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Quand l'action de l'adhérent ou de ses ayants droit contre les organismes assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

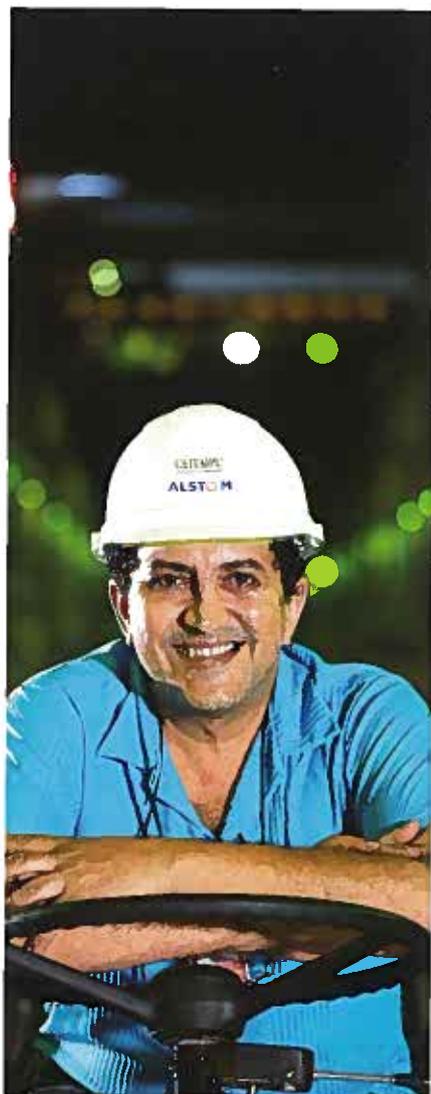
#### **Fausse déclaration**

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, la mutuelle peut prononcer l'annulation des droits aux prestations qui ont fait l'objet de la fraude sans préjudice des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées.

Pour le régime « Plus » facultatif, en cas de réticence ou de fausse déclaration non intentionnelle de votre part, la mutuelle peut prononcer l'annulation des droits aux prestations qui ont fait l'objet de la fraude sans préjudice des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées.

#### **Territorialité**

Les garanties ne vous sont acquises que si vous exercez votre activité sur le territoire français. Les garanties frais de santé souscrites produisent cependant leurs effets dans le monde entier si votre séjour à l'étranger n'excède pas trois mois. Les prestations des Mutuelles coassureurs viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale française et sont payées en euros.



## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

### Passerelle Santé

Passerelle Santé est une plate-forme de services téléphoniques, mise à la disposition des adhérents, avec un numéro d'appel spécifique aux salariés d'ALSTOM. Elle a pour but de vous apporter, au quotidien, des informations, des conseils en matière de dépenses de santé, et plus généralement sur notre système de santé.

Une équipe de conseillers-santé, disponibles du lundi au samedi de 8 heures à 20 heures répond à toutes les questions portant sur :

- L'information santé : information générale sur les maladies, les examens médicaux, les médicaments, les grands thèmes (handicap, lutte anti-tabac...);
- l'information médico-sociale : information, démarches, orientations vers des organismes spécialisés dans tous les domaines touchant à la santé;
- la recherche de professionnels de santé et d'établissements de soins : permettre aux assurés de trouver le professionnel de santé selon les critères de son choix (établissements mutualistes, spécialité exercée, localisation géographique...);
- l'analyse des devis en dentaire, optique et audioprothèses : des explications, des conseils, une estimation des montants de remboursement, une comparaison du devis proposé par rapport aux prix moyens observés.

#### Comment procéder pour l'analyse de devis :

- Demandez un devis précis à votre dentiste, opticien ou audioprothésiste.
- Faites envoyer ce devis par le dentiste, l'opticien ou l'audioprothésiste par courrier, courriel ou fax à Passerelle Santé (dont vous trouverez les coordonnées ci-après). Vous pouvez également vous charger vous-même de l'envoi de ce devis.
- Vous recevrez rapidement par courrier, courriel, ou par fax, une information tarifaire de référence sur les actes prescrits détaillant le remboursement de la Sécurité sociale et de la mutuelle. Ainsi, vous pourrez comparer le niveau de prix de votre praticien par rapport au prix moyen constaté dans votre région.

**De plus, en demandant des devis, nous contribuons tous à la modération des prix pratiqués par les professionnels de santé.**

Vous ferez des économies et pourrez continuer à bénéficier d'un régime frais de santé de qualité.

Pour toute demande relative à vos remboursements ou mises à jour de votre dossier administratif, votre mutuelle reste votre interlocuteur privilégié.

### Carte d'adhérent

Après votre adhésion, vous recevrez de votre mutuelle une carte d'adhérent sur laquelle figureront les ayants droit inscrits.

#### PASSERELLE SANTE - ALSTOM

328, bureaux de la Colline  
BP 147  
92215 SAINT CLOUD Cedex

Mail : [alstom@passerelle-sante.info](mailto:alstom@passerelle-sante.info)

Téléphone : 0 821 222 521

Fax : 0 821 222 029



### Accès aux réalisations sanitaires et sociales

En tant qu'adhérent, vous bénéficiez de l'accès aux réalisations sanitaires et sociales des unions départementales des mutuelles : les centres d'optique, les centres de santé dentaire, les centres d'appareillage médical, les services pour personnes handicapées...

Pour trouver un établissement près de chez vous, vous pouvez aussi consulter le site internet « [www.mutualite.fr](http://www.mutualite.fr) ».

Toutes les réalisations sanitaires et sociales du réseau de soins sont répertoriées par type de spécialité (optique, dentaire...) et par zone géographique.

### Assistance

Vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, des services d'assistance proposés par Inter mutuelles assistance (IMA).

Ce service est destiné à vous aider à réorganiser une vie familiale perturbée par un accident corporel, une maladie, une hospitalisation (programmée ou non) ou un décès, et à mettre en place les aides adaptées à la nature de l'événement :

L'assistance à domicile est accessible 24h/24,  
7 jours/7, sur simple appel téléphonique de votre part au :

**05 49 34 82 37**

Cette garantie assistance vise à intervenir au cours des multiples difficultés que peuvent rencontrer les bénéficiaires dans leur vie quotidienne. Elle n'a pas pour autant vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale, ni à se substituer aux interventions des services publics et aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

L'application de ces garanties est appréciée par IMA, pour ce qui concerne leur durée et leur montant de prise en charge, en fonction de la nature et de la gravité de l'événement ainsi que de la gêne et du préjudice occasionnés au patient et à son entourage.

**IMA ne participe pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire a engagées de sa propre initiative.**

Tous les détails vous seront fournis dans la notice explicative spécifique délivrée par Inter mutuelles assistance.

### Fonds social

En cas de difficultés liées à votre santé ou à celle de vos ayants droit, vous pouvez solliciter l'intervention du Fonds social de votre mutuelle.

Un dossier est disponible auprès de votre mutuelle.

Des aides sont par exemple versées pour le financement de matériel médical en fonction des possibilités financières de l'adhérent.

## COTISATIONS

Elle est identique que vous soyez célibataire ou chargé de famille.



### Structure des cotisations

#### Pour le régime de Base obligatoire

La cotisation « famille » est pour partie forfaitaire (assise sur le Plafond de la Sécurité sociale) et pour partie proportionnelle au salaire.

Vous et vos ayants droit êtes couverts de façon obligatoire.

#### Pour le régime « Plus » facultatif

Il vous permet ainsi qu'à vos ayants droit de bénéficier, si vous le souhaitez, d'un complément de couverture.

La cotisation de cette garantie optionnelle est forfaitaire (assise sur le Plafond de la Sécurité sociale) et à votre charge exclusive.

Nous vous rappelons que la souscription au régime « Plus » facultatif est effectuée pour un **minimum de 3 ans** sauf changements de situation décrits à la page 6 de la présente notice.

Toute renonciation à l'option est définitive sauf changements de situation décrits à la page 6 de la présente notice.

Une structure de cotisation « famille » est également retenue.

### Paiement des cotisations pour les salariés en activité

Les cotisations sont payées trimestriellement à terme échu par votre employeur directement à l'U.N.P.M.F., au plus tard le 10<sup>e</sup> jour ouvré du mois suivant la fin du trimestre concerné.

#### Pour la part de cotisation exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale :

↳ toute affiliation d'un salarié réalisée entre le 1<sup>er</sup> jour et le 15<sup>e</sup> jour du mois : l'intégralité de la cotisation afférente au mois en cours doit être versée au titre de cet adhérent; il est affilié dès sa date d'embauche ;

↳ toute affiliation d'un salarié réalisée entre le 16<sup>e</sup> et le 31<sup>e</sup> jour du mois : la cotisation n'est due au titre de cet adhérent qu'à compter du 1<sup>er</sup> jour du

mois suivant son affiliation ; il est affilié dès sa date d'embauche ;

↳ et lorsque l'adhérent sort des effectifs de l'employeur en cours de mois, la cotisation afférente au mois en cours est due dans son intégralité au titre de l'intéressé. Il cesse de bénéficier des garanties au titre du contrat des actifs le dernier jour du mois de sa sortie des effectifs.

#### Pour la part de cotisation exprimée en pourcentage des tranches A et B du salaire brut annuel :

Les cotisations dues pour les adhérents entrés ou sortis en cours de mois s'appliquent sur le salaire perçu au cours de ce mois.

Il est précisé que pour les salariés exerçant leur activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité pour la part exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; la part de cotisation assise sur le salaire s'applique sur le salaire réellement perçu au cours du mois.

Votre employeur assure le précompte des cotisations des régimes de base obligatoire et « Plus » facultatif sur votre bulletin de salaire et est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations.

### Défaut de paiement

A défaut de paiement dans les 15 jours suivant l'échéance et après mise en demeure adressée par lettre recommandée avec avis de réception non suivie d'effet dans un délai de 30 jours après son envoi, la garantie est suspendue.

Faute de paiement dans un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette même lettre, le contrat est résilié de plein droit sans pour autant libérer l'employeur de l'intégralité des cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement.

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### Indemnisation du conjoint

Lorsque les deux conjoints sont salariés du groupe ALSTOM, chacun peut prétendre, pour lui-même et ses enfants à charge, à un complément de remboursement comme ayant droit de son conjoint, dans la limite des frais réels engagés. Toutefois, un seul remboursement intervient au titre des prestations extra-contractuelles.

Si votre conjoint bénéficie, au titre de son activité professionnelle, d'une couverture obligatoire frais médicaux, nous vous engageons à ne faire intervenir les présentes garanties qu'en second rang après avoir fait intervenir son propre régime au 1<sup>er</sup> rang.

### Contrôle du statut des concubins

Les mutuelles peuvent, à tout moment, vous réclamer les justificatifs actualisés attestant de la vie commune.

### Subrogation

L'U.N.P.M.F., les mutuelles coassureurs et NOVALIS Prévoyance sont subrogées de plein droit si vous êtes victime d'un accident dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

### Médiation

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation de la présente notice, vous pouvez avoir recours aux médiateurs nommés par les assemblées générales des mutuelles.

### Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP)

L'organisme de contrôle est l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP), dont le siège social est situé à Paris (75009) - 61, rue Taitbout.

### Informatiques et libertés

En vertu des dispositions de la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, l'employeur et les adhérents disposent d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives les concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage de l'organisme gestionnaire.

Ce droit d'accès et de rectification peut s'exercer en s'adressant au siège de l'organisme gestionnaire de la structure à laquelle vous appartenez.

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier de prestations ou d'assistance sont destinées à mettre en œuvre les garanties auxquelles le bénéficiaire peut prétendre.

Ces informations sont uniquement transmises aux prestataires sollicités dans l'organisation de la gestion des prestations ainsi qu'aux organismes assureurs.

### Cessation de vos garanties

Les garanties cessent :

➤ à la date de rupture ou de suspension de votre contrat de travail, en dehors des dispositions prévues en matière de maintien des garanties ;

➤ à l'issue de la procédure de mise en demeure en cas de non paiement des cotisations ;

➤ à la date de la liquidation de votre retraite de la Sécurité sociale, sauf si vous vous trouvez en situation de cumul emploi retraite tel que défini par la législation en vigueur ;

➤ au décès de l'adhérent, le conjoint survivant, ainsi que les autres ayants droit de l'adhérent décédé, pouvant conserver la faculté de poursuivre l'adhésion ;

➤ et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par votre employeur auprès de votre mutuelle.

La cessation des garanties mises en œuvre à votre bénéfice entraîne, à la même date, la cessation des garanties mises en œuvre au profit de vos ayants droit.

Dès lors que cessent vos garanties, vous devez restituer votre carte de tiers payant à votre mutuelle dans les meilleurs délais.



## LES COORDONNÉES DE VOTRE MUTUELLE

Vous êtes adhérent de la mutuelle locale dont votre établissement relève. Pour toute information, contactez votre mutuelle en communiquant votre numéro d'adhérent figurant sur votre carte tiers-payant.

### Liste de concordance à titre indicatif

	<b>ALSTOM TRANSPORT</b>	
<b>Aytré</b>	<b>MUTUELLE DE FRANCE Bretagne-centre-Océans</b> 25, rue Le Corbusier ZAC Belle Aire Nord 17442 AYTRÉ Cedex 05 46 41 60 40	
<b>Belfort</b>	<b>AVENIR MUTUELLE MFDI</b> 9, rue Charles Bohn BP 342 90000 BELFORT 03 84 55 12 31	
<b>Le Creusot</b>	<b>ADREA MUTUELLE</b> Centre de gestion Bourgogne 24 bis, rue Lacretable BP 534 71010 MACON 0 810 810 008 www.adrea.fr	
<b>Ornans</b>	<b>ADREA MUTUELLE</b> Centre de gestion Franche-Comté 67, rue des Cras 25041 BESANÇON Cedex 09 69 32 12 32 www.adrea.fr	
<b>Petite-Fôret</b>	<b>APREVA</b> <b>Agence 1 :</b> 2, rue des Canonnières BP 70299 59306 VALENCIENNES Cedex	<b>Agence 2 :</b> 32, rue Davaine 59230 SAINT-ARMAND-LES-EAUX - VALENCIENNES Cedex
	36 20 - dites "Apréva"	
<b>Reichshoffen</b>	<b>MUT'EST</b> <b>Agence :</b> 6, Fossé des tanneurs 67500 HAGUENAU 0 810 67 68 57	
<b>St-Ouen</b>	<b>MUTUELLE FAMILIALE</b> 52, rue d'Hauteville 75487 PARIS Cedex 10 01 72 193 193 adherents-entreprises@mutuelle-familiale.fr	
<b>Tarbes</b>	<b>MGTS</b> <b>Agence :</b> 8, avenue de la Marne 65000 TARBES 05 62 93 52 33	
<b>Villeurbanne</b>	<b>SMI</b> <b>Centre de gestion</b> 2, rue de Laborde 75374 PARIS Cedex 08	<b>Accueil :</b> 11, place Bellecour 69288 LYON Cedex 02
	0 820 820 710 - www.mutuelle-smi.com	

**ALSTOM THERMAL POWER**

<b>Belfort</b>	<b>AVENIR MUTUELLE MFDI</b> 9, rue Charles Bohn BP 342 90000 BELFORT 03 84 55 12 31
<b>La Courneuve</b>	<b>MUTUELLE FAMILIALE ALSTOM RATEAU</b> 141, rue Rateau 93126 LA COURNEUVE 0 811 880 380
<b>Levallois</b>	<b>SMI</b> 2, rue de Laborde 75734 PARIS Cedex 08 0 820 820 710 www.mutuelle-smi.com
<b>Massy</b>	<b>SMI</b> 2, rue de Laborde 75734 PARIS Cedex 08 0 820 820 710 www.mutuelle-smi.com
<b>Nantes</b>	<b>HARMONIE MUTUALITE</b> 29, quai François Mitterrand 44273 NANTES Cedex 2 02 40 41 19 19
<b>Pierrelatte</b>	<b>ADREA MUTUELLE</b> Centre de gestion Alpes Dauphiné 226, cours de la Libération 38100 GRENOBLE 04 76 33 93 93 www.adrea.fr

**ALSTOM RENEWABLE POWER**

<b>Belfort</b>	<b>AVENIR MUTUELLE MFDI</b> 9, rue Charles Bohn BP 342 90000 BELFORT 03 84 55 12 31
<b>Grenoble</b>	<b>ADREA MUTUELLE</b> Centre de gestion Alpes Dauphiné 226, cours de la Libération 38100 GRENOBLE 04 76 33 93 93 www.adrea.fr
<b>Levallois</b>	<b>SMI</b> 2, rue de Laborde 75734 PARIS Cedex 08 0 820 820 710 www.mutuelle-smi.com
<b>Moirans</b>	<b>ADREA MUTUELLE</b> Centre de gestion Alpes Dauphiné 226, cours de la Libération 38100 GRENOBLE 04 76 33 93 93 www.adrea.fr
<b>Nantes</b>	<b>HARMONIE MUTUALITÉ</b> 29, quai François Mitterrand 44273 NANTES Cedex 2 02 40 41 19 19
<b>Toulouse</b>	<b>SMI</b> 2, rue de Laborde 75734 PARIS Cedex 08 0 820 820 710 www.mutuelle-smi.com

## LES COORDONNÉES DE VOTRE MUTUELLE (suite)

### ALSTOM GRID

<b>Aix Les Bains</b>	<b>ADREA MUTUELLE</b> Centre de gestion Pays de Savoie 130, galerie de la Chartreuse BARBERAZ 73021 CHAMBERRY Cedex 04 79 70 80 90 www.adrea.fr	
<b>Castelnau le Lez</b>	<b>SMI</b> 2, rue de Laborde 75734 PARIS Cedex 08 0 820 820 710 www.mutuelle-smi.com	
<b>La Défense</b>	<b>SMI</b> 2, rue de Laborde 75734 PARIS Cedex 08 0 820 820 710 www.mutuelle-smi.com	
<b>Massy</b>	<b>SMI</b> 2, rue de Laborde 75734 PARIS Cedex 08 0 820 820 710 www.mutuelle-smi.com	
<b>Petit Quevilly</b>	<b>SMI</b> 2, rue de Laborde 75734 PARIS Cedex 08 0 820 820 710 www.mutuelle-smi.com	
<b>Ramonville Saint-Agne</b>	<b>SMI</b> 2, rue de Laborde 75734 PARIS Cedex 08 0 820 820 710 www.mutuelle-smi.com	
<b>Saint-Priest</b>	<b>SMI</b> Centre de gestion : 2, rue de Laborde 75734 PARIS Cedex 08 0 820 820 710	Accueil : 11, place Bellecour 69288 LYON Cedex 02 www.mutuelle-smi.com
<b>Villeurbanne</b>	<b>SMI</b> Centre de gestion : 2, rue de Laborde 75734 PARIS Cedex 08 0 820 820 710	Accueil : 11, place Bellecour 69288 LYON Cedex 02 www.mutuelle-smi.com

### ALSTOM MANAGEMENT

<b>Levallois</b>	<b>SMI</b> 2, rue de Laborde 75734 PARIS Cedex 08 0 820 820 710 www.mutuelle-smi.com
------------------	--

## ALSTOM IT SSC

<b>Aytré</b>	<b>MUTUELLE DE FRANCE Bretagne-centre-Océans</b> 25, rue Le Corbusier ZAC Belle Aire Nord 17442 AYTRÉ Cedex 05 46 41 60 40	
<b>Belfort</b>	<b>AVENIR MUTUELLE MFDI</b> 9, rue Charles Bohn BP 342 90000 BELFORT 03 84 55 12 31	
<b>Grenoble</b>	<b>ADREA MUTUELLE</b> Centre de gestion Alpes Dauphiné 228, cours Libération Général-De-Gaulle 38100 GRENOBLE 04 76 33 93 93 www.adrea.fr	
<b>La Courneuve</b>	<b>MUTUELLE FAMILIALE ALSTOM RATEAU</b> 141, rue Rateau 93126 LA COURNEUVE 0 811 880 380	
<b>La Défense</b>	<b>SMI</b> 2, rue de Laborde 75734 PARIS Cedex 08 0 820 820 710 www.mutuelle-smi.com	
<b>Le Creusot</b>	<b>ADREA MUTUELLE</b> Centre de gestion Bourgogne 24 bis, rue Lacretelle BP 534 71010 MACON 0 810 810 008 www.adrea.fr	
<b>Ornans</b>	<b>ADREA MUTUELLE</b> Centre de gestion Franche-Comté 67, rue des Cras 25041 BESANÇON Cedex 09 69 32 12 32 www.adrea.fr	
<b>Nantes</b>	<b>HARMONIE MUTUALITÉ</b> 29, quai François Mitterrand 44273 NANTES Cedex 2 02 40 41 19 19	
<b>Petite-Forêt</b>	<b>APREVA</b> Agence 1 : 2, rue des Canoniers BP 70299 59306 VALENCIENNES Cedex	<b>Agence 2 :</b> 32, rue Davaine 59230 SAINT-ARMAND-LES-EAUX - VALENCIENNES Cedex
	36 20 - dites "Apréva"	
<b>Reichshoffen</b>	<b>MUT'EST</b> Agence : 6, Fossé des tanneurs 67500 HAGUENAU 0 810 67 68 57	
<b>St-Ouen</b>	<b>MUTUELLE FAMILIALE</b> 52, rue d'Hauteville 75487 PARIS Cedex 10 01 72 193 193 adherents-entreprises@mutuelle-familiale.fr	
<b>Tarbes</b>	<b>MGTS</b> Agence : 8, avenue de la Marne 65000 TARBES 05 62 93 52 33	
<b>Villeurbanne</b>	<b>SMI</b> Centre de gestion 2, rue de Laborde 75374 PARIS Cedex 08	<b>Accueil :</b> 11, place Bellecour 69288 LYON Cedex 02
	0 820 820 710 - www.mutuelle-smi.com	

## LEXIQUE



### Actes dentaires

On distingue :

#### Les actes remboursables opposables

L'acte figure à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

Les tarifs d'honoraires sont déterminés par la convention dentaire.

Des dépassements d'honoraires sont toutefois possibles si le praticien bénéficie du « droit permanent à dépassement » ou s'il y a une exigence particulière du patient, correspondant à des circonstances exceptionnelles de temps et de lieu.

Exemples d'actes : traitement de la carie, dévitalisation, détartrage, extraction, examen bucco dentaire...

Si ces actes sont effectués chez un praticien non conventionné, ils seront pris en charge par l'assurance maladie mais le remboursement se calculera sur la base du tarif d'autorité inférieur au tarif de convention.

#### Les actes remboursables non opposables

L'acte figure à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels mais son tarif est libre.

Le montant des honoraires doit être fixé, avec tact et mesure, par entente directe entre praticien et patient, au moyen d'un devis descriptif du traitement et des actes prévus.

Exemples d'actes : couronne céramo-métallique (SPR 50 avec entente directe), prothèse adjointe partielle (SPR 100 avec entente directe) .

#### Les actes non remboursables par la Sécurité sociale

Il existe deux catégories d'actes non remboursés par l'assurance maladie obligatoire :

✎ l'acte inscrit à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, mais ne remplissant pas les conditions de remboursement par l'assurance maladie, qui peut être pris en charge par votre régime.

Exemples d'actes : couronne sur dent vivante insuffisamment délabrée, dent dévitalisée et couronnée pour être pilier de bridge, scellement de sillon sur un enfant âgé de plus de 14 ans...

✎ l'acte hors nomenclature (c'est à dire non inscrit à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels) qui ne peut pas être pris en charge par votre régime.

Exemples d'actes : maintenance parodontale, comblement de fond de sinus, attachement, implants dentaires.

### Adhérent

Personne physique affiliée au titre d'un contrat souscrit par l'entreprise où elle exerce ou a exercé son activité professionnelle.

### Ayant droit

Personne physique couverte par la garantie de l'adhérent (conjoint, enfants...).

### BRSS

Base de remboursement du régime obligatoire de la Sécurité sociale.

## Participation forfaitaire et Franchises

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, des contributions forfaitaires restent à charge des assurés sur un certain nombre de prescriptions (actes médicaux, actes de biologie, médicaments, transport, etc.....) Cette somme est déduite des remboursements de l'assurance maladie.

Sont exemptés de ce forfait :

- ↳ les moins de 18 ans,
- ↳ les femmes enceintes de plus de 6 mois,
- ↳ les bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'Aide médicale de l'État.

## Médecin traitant

Médecin chargé de la prise en charge du patient ou de son orientation vers un confrère (médecin correspondant) pour un avis ponctuel ou un suivi régulier. C'est dans la grande majorité un généraliste, mais il peut s'agir également d'un spécialiste.

## Médecin correspondant

Généraliste ou spécialiste vers lequel le patient est orienté par son médecin traitant.

Avis ponctuel : avis « d'expert » qui ne prescrit pas de traitement (une visite au maximum tous les 6 mois).

Suivi régulier : prend en charge le traitement du patient jusqu'à guérison de la pathologie spécifique pour laquelle le patient lui a été adressé par le médecin traitant.

## Option de coordination

Engagement d'un médecin généraliste ou spécialiste exerçant en secteur 2, à réaliser au moins 30 % de ses honoraires sur la base des tarifs conventionnels du secteur 1 pour les patients adressés par leur médecin traitant.

## Parcours coordonné

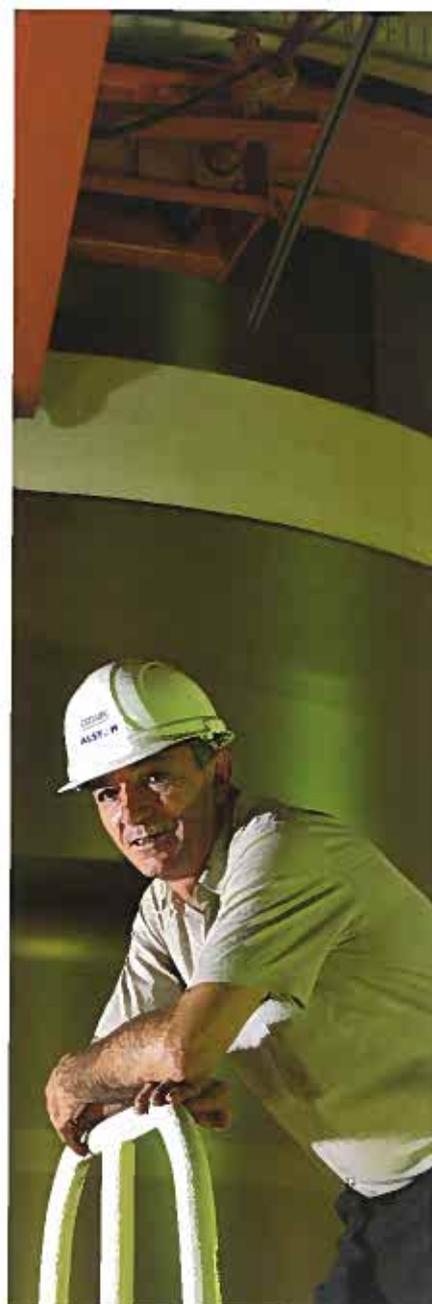
Mode d'accès aux soins prévoyant, pour le patient, un recours quasi systématique à son médecin traitant pour tout problème de santé. C'est lui qui conseille à son patient d'aller, si nécessaire, consulter un médecin spécialiste, en libéral ou à l'hôpital.

## PMSS

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale : 3031 € au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

## Reste à charge

Part de la dépense du patient qui n'est pas prise en charge, ni par la Sécurité sociale, ni par sa complémentaire santé. Il peut s'agir notamment des dépassements d'honoraires.



## LISTE DES ORGANISMES CO-ASSUREURS

---

### NOVALIS PRÉVOYANCE

Institution de Prévoyance régie par le titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, jouissant de la personnalité civile dans les conditions prévues à l'article L.931-1 du Code de la Sécurité sociale.

**Siège social :** 7, rue de Magdebourg - 75116 PARIS (Organisme non gestionnaire)

### MUTUELLE GÉNÉRALE DE PARIS

(AVENIR MUTUELLE MFDI)

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au Répertoire Sirene sous le n°777343757.

**Siège social :** 14, rue Coquillière - 75001 PARIS

### MUTUELLE DE FRANCE BRETAGNE CENTRE OCÉANS

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au Répertoire Sirene sous le n°781343249

**Siège social :** 25, rue Le Corbusier - ZAC Belle aire nord - 17442 AYTRÉ Cedex

### MUTUELLE FAMILIALE ALSTOM RATEAU

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au Répertoire Sirene sous le n°341020667

**Siège social :** 141, rue Rateau - 93126 La COURNEUVE Cedex

### ADREA MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au Répertoire Sirene sous le n°311799878

**Siège social :** 104, avenue de Saxe - 69003 LYON

### MUTUELLE FAMILIALE

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au Répertoire Sirene sous le n°784442915

**Siège social :** 52, rue d'Hauteville - 75487 PARIS Cedex 10

### SMI

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au Répertoire Sirene sous le n°784669954

**Siège social :** 2, rue de Laborde - 75374 PARIS Cedex 08

### MUT'EST

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au Répertoire Sirene sous le n° 775641681

**Siège social :** 11, boulevard Wilson - 67000 STRASBOURG

### MUTUELLE APREVA

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au Répertoire Sirene sous le n°775627391

**Siège social :** 20, boulevard Papin - 59012 LILLE

### MUTUELLE MGTS

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au Répertoire Sirene sous le n°776950677

**Siège social :** 70, boulevard Matabiau - BP 7051 - 31069 TOULOUSE Cedex 7

### HARMONIE MUTUALITE

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au Répertoire Sirene sous le n° 350879078

**Siège social :** 143, rue Blomet - 75015 PARIS

Cette notice est un résumé du contrat de prévoyance collective. En cas de litige, seul le contrat fait foi. Vous pouvez consulter le texte intégral du contrat, de ses annexes et avenants auprès de votre service Ressources Humaines.

La présente notice est établie par:

**L'UNION NATIONALE DE LA  
PRÉVOYANCE DE LA MUTUALITÉ  
FRANÇAISE (L'U.N.P.M.F.)**

Union soumise aux dispositions du Livre  
II du Code de la Mutualité, inscrite au  
Répertoire Sirene sous le n° 442 574 166.  
Siège social : 255, rue de Vaugirard -  
75015 PARIS



L'U.N.P.M.F. agit comme apériteur et  
interlocuteur unique pour le régime frais  
de santé co-assuré par les mutuelles  
énumérées dans la présente notice et par :

**NOVALIS PREVOYANCE**

Institution de Prévoyance régie par le  
titre III du Livre IX du Code de la Sécurité  
sociale, jouissant de la personnalité civile  
dans les conditions prévues à l'article  
L.931-1 du Code de la Sécurité sociale  
Siège social : 7, rue de Magdebourg -  
75116 PARIS



Pour :

La société ALSTOM  
Siège social : 3, avenue André-Malraux -  
92309 LEVALLOIS PERRET  
[www.alstom.com](http://www.alstom.com)

**ALSTOM**