

LIVRET FRAIS DE SANTÉ PARTOUCHE ENSEMBLE DU PERSONNEL



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

1 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 : 02.54.76.91.01

ou **par courrier** adressé à COLONNA FACILITY



LES FRAISOPTIQUES... & LES FRAIS DENTAIRES

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/réseau

Une géolocalisation depuis cofacility.fr

Aucune contrainte que des avantages

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

80% des opticiens dans le réseau

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 en excéder les frais réellement engagés. Elles s'appliquent lorsque le patient respecte le parcours de soins coordonnés. coordonnés, cas de non-respect du parcours de soins ni les dépassements d'honoraires autorisés, ni la majoration du ticket modérateur ne sont pris en charge.

ACTES	BASE		OPTION 1	OPTION 2
	OPTAM	NON OPTAM	(Sous déduction de la Base)	(Sous déduction de la Base)
Hospitalisation médicale et chirurgicale				
Honoraires (y compris maternité)	200% BR	TM + 100% BR	350% BR	Conventionné : 500% BR Non conventionné : 200% BR
Frais de séjour	200% BR		350% BR	Conventionné : 500% BR Non conventionné : 200% BR
Chambre particulière (y compris maternité)	98 € / jour		100% Frais Réels	100% Frais Réels
Forfait hospitalier	100% Frais Réels		100% Frais Réels	100% Frais Réels
Lit accompagnement	1% PMSS / jour		100% Frais Réels	100% Frais Réels
Pharmacie (remboursée par la SS)	Ticket Modérateur		Ticket Modérateur	Ticket Modérateur
Actes courants				
Consultations et visites de généralistes	250% BR	TM + 100% BR	400% BR	Conventionné : 500% BR Non conventionné : 200% BR
Consultations et visites de spécialistes	250% BR	TM + 100% BR	400% BR	Conventionné : 500% BR Non conventionné : 200% BR
Actes techniques médicaux	250% BR	TM + 100% BR	400% BR	500% BR
Radiologie	250% BR	TM + 100% BR	400% BR	500% BR
Auxiliaires Médicaux et Analyses	250% BR		400% BR	500% BR
Medecine douce Acupuncture, Ostéopathie, Chiropractie et Etiopathie	120 € /an		120 € /an	120 € /an
Transport en ambulance	Ticket Modérateur		100% BR	100% BR
Dentaire 100% santé	Prise en charge intégrale*			
Dentaire hors 100% sante				
Soins	Ticket Modérateur		Ticket Modérateur	Ticket Modérateur
Prothèses dentaires (y compris Inlays Onlays) sur dents visibles ⁽¹⁾ remboursées ou non par la Sécurité sociale	350% BR(R)		420% BR(R)	500% BR(R)
Prothèses dentaires (y compris Inlays Onlays) sur dents non visibles ⁽¹⁾ remboursées ou non par la Sécurité sociale	250% BR(R)		280% BR(R)	350% BR(R)
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	300% BR		350% BR	400% BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale pour les moins de 25 ans (base 193,50€)	300% BRR		350% BRR	400% BRR
Implant (maximum 2/an)	483,75€ /implant		620€ /implant	750€ /implant
Parodontologie non remboursée par la SS	350€ /an		550€ /an	750€ /an
Autres prothèses que dentaire et auditives	10% PMSS /an puis 100% BR		20% PMSS /an puis 100% BR	20% PMSS /an puis 100% BR
Optique 100% santé **⁽¹⁾	Prise en charge intégrale*			
Optique hors 100% sante **⁽¹⁾				
Verres de lunettes	Verre 1 : 160 € / verre Verre 2 : 300 € / verre Verre 3 : 350 € / verre		Verre 1 : 220 € / verre Verre 2 : 400 € / verre Verre 3 : 500 € / verre	Verre 1 : 300 € / verre Verre 2 : 500 € / verre Verre 3 : 600 € / verre
Monture	100 €		200 €	250 €
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	15% PMSS /an puis TM		20% PMSS /an puis TM	20% PMSS /an puis TM
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	7% PMSS /an		15% PMSS /an	15% PMSS /an
Chirurgie réfractive	581€ /œil		771€ /œil	771€ /œil
Prothèses auditives 100% santé (Dés 01/01/2021) Limité à un appareil /oreille /4 ans	Prise en charge intégrale*			
Prothèses auditives hors 100% sante (Limité à 1700€ TTC/ aide auditive y compris SS)	400€/oreille + 65% BR (Max 2 / an)(Min TM)			
Cures thermales				
Acceptées par la SS y compris frais de transport et hébergement (dans la limite de 21 jours)	20% PMSS		20% PMSS	20% PMSS
Maternité				
Forfait naissance / adoption	15% PMSS (Doublement si jumeau)		15% PMSS (Doublement si jumeau)	20% PMSS (Doublement si jumeau)
Actes de prévention				
	Pris en charge au titre du poste dont ils relèvent		Pris en charge au titre du poste dont ils relèvent	Pris en charge au titre du poste dont ils relèvent
Vaccins refusés par la Sécurité Sociale mais prescrits médicalement	6% PMSS / an		6% PMSS / an	6% PMSS / an
Tout moyen de contraception non remboursé SS mais prescrit	3% PMSS / an		3% PMSS / an	3% PMSS / an
Sevrage tabagique (patchs inscrits sur la liste de la Sécurité sociale)	80€ /an		80€ / an	80€ / an
Assistance ⁽²⁾	Incluse		Incluse	Incluse

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 poste optique est limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans sauf évolution de la vue ou enfant de moins de 16 ans (1 an). Pour les enfants de moins de 6 ans, renouvellement possible à l'expiration d'une période de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture.* 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 - **SS** : Sécurité sociale – **TM** : Ticket Modérateur - **FR** : Frais réels – **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date des soins (3428 € au 1 janvier 2020)

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS COLONNA FACILITY :

ACTES	Frais Réels	Sécurité Sociale	REGIME DE BASE		OPTION 1		OPTION 2	
			COLONNA FACILITY	Reste à charge de l'Assuré	COLONNA FACILITY	Reste à charge de l'Assuré	COLONNA FACILITY	Reste à charge de l'Assuré
Médecin Traitant Généraliste dans le parcours de soins	25,00 €	17,50 € ⁽¹⁾	7,50 €	0€ ⁽¹⁾	7,50 €	0€ ⁽¹⁾	7,50 €	0€ ⁽¹⁾
SPÉCIALISTE AYANT ADHÉRÉ À L'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE								
Médecin Correspondant (Consultation pour avis ponctuel)	46,00 €	32,20 € ⁽¹⁾	13,80 €	0€ ⁽¹⁾	13,80 €	0€ ⁽¹⁾	13,80 €	0€ ⁽¹⁾
En accès spécifique (Gynécologue, ophtalmologue)	30,00 €	21 € ⁽¹⁾	9 €	0€ ⁽¹⁾	9 €	0€ ⁽¹⁾	9 €	0€ ⁽¹⁾
SPÉCIALISTE SECTEUR 2 N'AYANT PAS ADHÉRÉ À L'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE								
Médecin Correspondant (Consultation pour avis ponctuel)	60,00 €	32,20 € ⁽¹⁾	27,80 €	0€ ⁽¹⁾	27,80 €	0€ ⁽¹⁾	27,80 €	0€ ⁽¹⁾
En accès spécifique (Gynécologue, ophtalmologue)	55,00 €	16,10 € ⁽¹⁾	29,90 €	9€ ⁽¹⁾	38,90 €	0€ ⁽¹⁾	38,90 €	0€ ⁽¹⁾
Orthodontie remboursée SS	850,00 €	193,50 €	580,50 €	76 €	656,50 €	0 €	656,50 €	0 €
Prothèse dentaire (Couronne céramique zircone sur dent visible dans le cadre du 100% santé)	500,00 €	84 €	416€	0 €	416 €	0 €	416 €	0 €
Prothèse dentaire (Couronne céramique zircone sur dent visible dans le cadre du panier « tarifs libres »)	500,00 €	75,25 €	376,25 €	48,50 €	424,75 €	0 €	424,75 €	0 €
Optique Adulte (dans le cadre du 100% santé) Monture + 2 verres unifocaux	30,00 € 65,00 €	5,40 € 11,70 €	24,60 € 53,30 €	0 € 0 €	24,60 € 53,30 €	0 € 0 €	24,60 € 53,30 €	0 € 0 €
Optique Adulte (dans le cadre du panier « Tarifs libres ») Monture + 2 verres unifocaux	100,00 € 100,00 €	0,03€ 0,06€	99,97 99,94	0€ 0€	99,97 99,94	0€ 0€	99,97 99,94	0€ 0€
Lentilles non remboursées SS (les 2)	200,00 €	0 €	200 €	0 €	200 €	0 €	200 €	0 €

(1) hors participation forfaitaire de 1 €.

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 corrigeant 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 1 700 € par oreille). Des fonctionnalités plus sophistiquées et davantage d'options sont proposées.