

easyJet

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ENSEMBLE DU PERSONNEL
NAVIGANT COMMERCIAL

JANVIER 2015

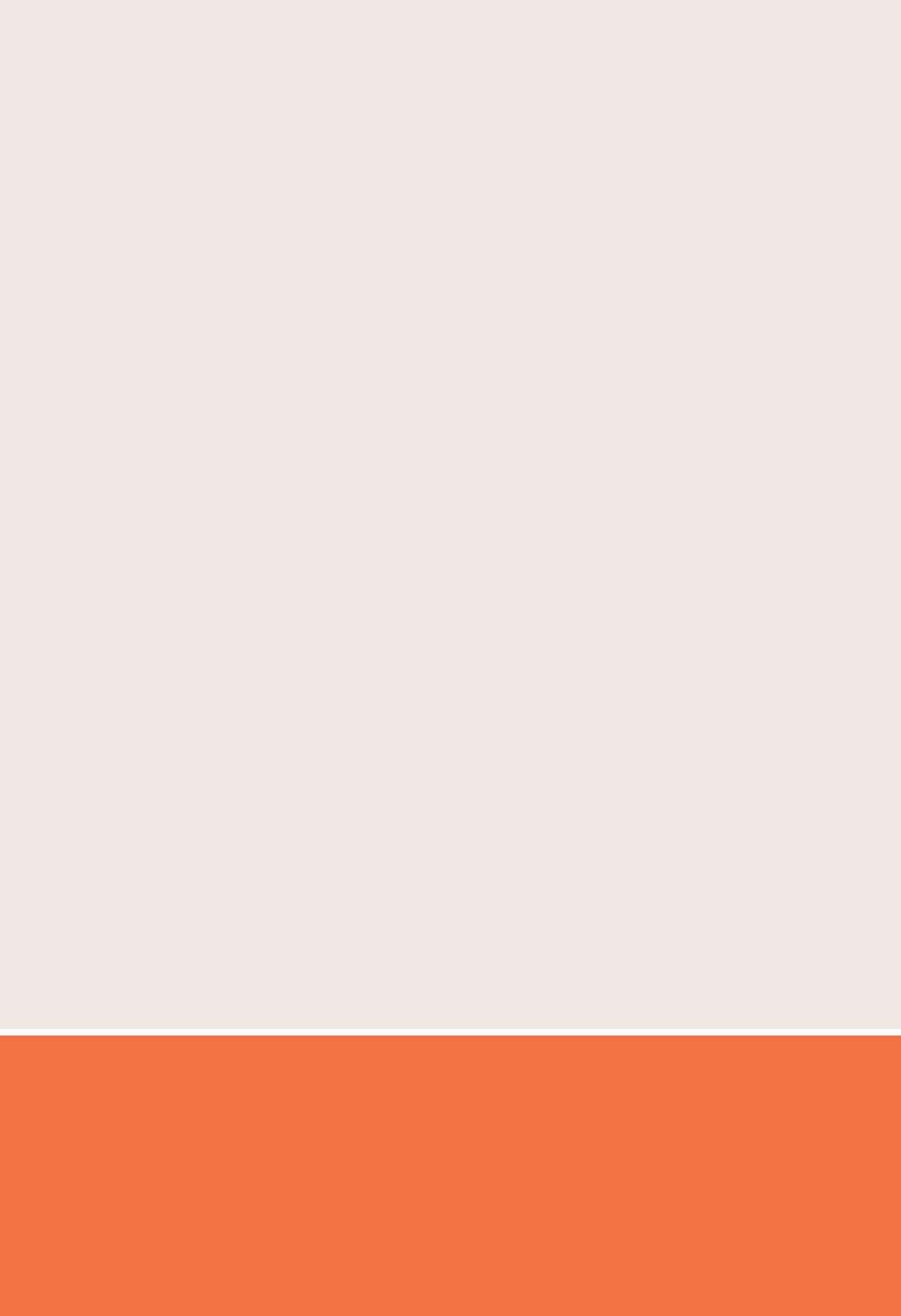


GENERALI
Solutions d'assurances

Votre conseil
CIPSE

1 bis rue Mornay 75004 Paris
Tél : 01 44 54 51 20





SOMMAIRE

CPMS votre gestionnaire santé	I 4
Qui sont vos contacts ?	I 5
Votre espace Adhérent	I 6
Qui sont les bénéficiaires ?	I 8
Que devez-vous fournir pour votre inscription santé ?	I 9
Comment vous faire rembourser ?	I 10
Vos garanties - Frais de Santé	I 11
Exemple de remboursements	I 12
Choix et changement de régime	I 13
Quelques conseils pratiques	I 14
Prise en charge 24H/24 et 7J/7	I 15
Exclusions générales	I 16
Un site internet, AMELI-DIRECT	I 17

CPMS VOTRE GESTIONNAIRE SANTÉ

CPMS dispose de nombreux atouts en matière de services et de conseils



ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE

de 8h00 à 18h30.



INTERLOCUTEUR DIRECT

01 55 33 30 55



CARTE D'ADHÉRENT

permettant l'ensemble des tiers payant : pharmacie, hospitalisation, laboratoires, radiologie, optique, kinésithérapeutes.



PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE ET CONSULTATION DES DÉCOMPTES 24H/24, 7J/7

par serveur vocal 0 826 626 620



TÉLÉTRANSMISSION

avec la carte Vitale de vos décomptes Sécurité Sociale.



UN SITE INTERNET

www.cpms.fr



REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX EN 48H

(hors télétransmission) dès réception par CPMS.

Service réservé aux assurés permettant de :

- consulter ses décomptes,
- demander en ligne les documents ou service suivants :
 - > prise en charge hospitalière ou autre,
 - > certificat de radiation, certificat d'appartenance,
 - > télétransmission,
 - > devis dentaire, optique,
- procéder aux changements d'adresse, de situation personnelle.



ENVOI DES DÉCOMPTES

par email ou par courrier

QUI SONT VOS CONTACTS ?



VOTRE CONSEILLER EN DIRECT

01 47 70 30 97

 **E.MAIL**

pec@cpms.fr

Pour le service prise en charge,
tiers payant, hospitalisation.

production@cpms.fr

Pour les demandes de renseignements,
affiliations, radiations.

reglements@cpms.fr

Pour le règlement des prestations. Devis
dentaire, optique etc.

 **COURRIER**

CPMS
5 rue Geoffroy Marie
75009 Paris

 **FAX**

01 47 70 35 81

 **SITE WEB / EXTRANET**

www.cpms.fr
Pour consulter vos décomptes

CPMS. Accueil Le Groupe Espace Courtier Espace Presse Espace RH Contact

“ Depuis plus de 50 un Groupe familial et indépendant ”

● Gestion des contrats sur mesure
● Interface de qualité

Nos services

Je suis adhérent
Dolor sit amet consectetur adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris nisi ut aliquip ex ea commodo consequat.

Je suis une entreprise
Dolor sit amet consectetur adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris nisi ut aliquip ex ea commodo consequat.

En savoir plus

En savoir plus SUR NOS SERVICES

- Santé
- Prévoyance
- Epargne retraite
- Garantie

CPMS en quelques chiffres

100 M€ prestations servies

105 M€ de cotisations gérées

4 Mil. de lignes

CPMS. Accueil Le Groupe Espace Courtier Espace Presse Espace RH Contact

ESPACE MEMBRE

Je suis une entreprise
Je suis un courtier
Je suis un particulier

L'ATTESTATION DE TIERS PAYANT

Pour en savoir plus sur votre attestation, rendez-vous dans votre [espace adhérent sécurité](#)

COMMENT UTILISER VOTRE ATTESTATION ?

Pour bénéficier du Tiers-Payant et éviter d'avancer les fonds liés à vos dépenses en santé, vous devez systématiquement présenter à chaque professionnel de santé :

- Votre ORDONNANCE,
- Votre FEUILLE DE SOINS,
- Votre ATTESTATION DE TIERS-PAYANT

COMMENT EST RENOUVELÉE VOTRE ATTESTATION ?

L'attestation de Tiers-Payant est renouvelée chaque début d'année. Elle est valable jusqu'au 31 décembre, sauf cas de résiliation de votre contrat en cours d'année.

QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE RESILIATION ?

En cas de résiliation de votre contrat, vous devez impérativement :

- Restituer votre attestation à votre service du Personnel si votre contrat a été souscrit dans le cadre de votre entreprise,
- Nous la restituer directement si votre contrat a été souscrit individuellement.

QUE FAIRE EN CAS DE PERTE ?

En cas de perte, il convient d'en informer, dans les plus brefs délais, votre service du Personnel si votre attestation vous a été délivrée par son intermédiaire, soit nos Services si elle vous a été adressée directement à votre domicile. Nous vous adresserons une nouvelle attestation le plus rapidement possible.

Tous les services CPMS maintenant accessibles sur votre smartphone et tablette

Qui sommes-nous? Contact Où nous trouver ?

CPMS. Accueil Le Groupe Recrutement Actualité Contact

“ Bonjour Bienvenue sur votre espace membre ”

LES DONNÉES DE L'ENTREPRISE

Consulter / Gérer mon compte

MES DONNÉES PERSONNELLES

MES REMBOURSEMENTS

MES GARANTIES

MA CONSOMMATION

RECHERCHE D'UN PRATICIEN

Éditer

ÉCHÉANCIER DE COTISATION

PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

CPMS. Consulter/Gérer mon compte Éditer Recherche d'un praticien

ESPACE MEMBRE

Je suis une entreprise
Je suis un courtier
Je suis un particulier

Bonjour Mr Marchand Bienvenue sur votre espace membre

MES DONNÉES PERSONNELLES

Arnaud MARCHAND
N° de sécurité sociale : XXXXXXXXXXXX
Date de naissance : 02/11/1980

Mes remboursements

Derniers décompte
 Tous mes remboursements

Date de début : [] [] [] [] [] []
Date de fin : [] [] [] [] [] []

Nature des soins : []
Art. domaniale

Valider

N° DE DOSSIER	DATE DE RÈGLEMENT (GÉNÉRALISÉ)	MONTANT	MODE DE RÈGLEMENT	NOM DU TIERS	VISUALISER	ÉDITER
0002527891423	22/05/2013	2822,99 €	Chèque	M. Dupont	🔍	✎
0002527891423	22/05/2013	2822,99 €	Chèque	M. Dupont	🔍	✎
0002527891423	22/05/2013	2822,99 €	Chèque	M. Dupont	🔍	✎
0002527891423	22/05/2013	2822,99 €	Chèque	M. Dupont	🔍	✎
0002527891423	22/05/2013	2822,99 €	Chèque	M. Dupont	🔍	✎
0002527891423	22/05/2013	2822,99 €	Chèque	M. Dupont	🔍	✎

Tous les services CPMS maintenant accessibles sur votre smartphone et tablette

Qui sommes-nous? Contact Où nous trouver ?

01 26 76 08 32

Suivez votre santé en ligne avec www.cpms.fr

L'extranet au service de votre santé

6 | EASYJET - Vos garanties Frais de Santé **easyJet**

Diffusion limitée aux salariés. Reproduction interdite, sauf accord de CPMS. Ce document n'est pas une notice d'information au sens de l'article L. 112-2 du code des assurances. Document non contractuel, seules les Conditions Générales de votre contrat et notamment les exclusions font foi et seront disponibles auprès de votre direction des Ressources Humaines ou de votre Direction générale.

VOTRE ESPACE ADHÉRENT

1 VOTRE ESPACE PERSONNEL

Cet espace vous permet de consulter l'ensemble de vos remboursements.

L'accès est doublement sécurisé afin que seul le bénéficiaire puisse visualiser ses décomptes. La recherche du décompte peut être effectuée en fonction de la date du décompte, de la date des soins, du nom d'un ayant droit.

Cet espace vous permet aussi de visualiser votre fiche personnelle et de la modifier.

2 SERVICE SANTÉ

Ce service, mis à disposition de tous les assurés, permet l'accès au réseau qui s'appuie sur des accords avec les professionnels de santé s'engagent sur :

- > Une médecine de qualité,
- > Un accès à un service de dispense d'avance de frais : le tiers payant,
- > Un conseil médical et une information préventive.

Vous trouverez toutes les informations dans la rubrique : « *rechercher un hôpital ou un praticien* ».

3 GUIDES ET FORMULAIRES

Dans cet espace, vous accéderez à l'ensemble des documents et formulaires utiles, tels que :

- > Demande de prise en charge hospitalière,
- > Demande de prise en charge praticien,
- > Demande de certificat de radiation*,
- > Demande de certificat d'appartenance,
- > Demande de télétransmission,
- > Guide sur la réforme de l'assurance maladie,
- > Plan de communication,
- > Notice d'assistance,
- > Demande de devis dentaire,
- > Demande de devis optique.

*Seulement en cas de sortie de la société et si vous n'avez pas renoncé à la portabilité.

4 L'ENQUÊTE DE SATISFACTION

CPMS évalue régulièrement le niveau de satisfaction de ses clients afin d'être en mesure de détecter au plus tôt les opportunités ou les risques (enquêtes de satisfaction en ligne sur le site CPMS).

COMMENT ACCÉDER À VOTRE ESPACE ADHÉRENT ?

Vous devez vous munir de votre « *dernier décompte* » qui comporte toutes les données utiles pour se connecter. Si vous n'avez pas de code d'accès, vous pouvez appeler CPMS qui vous en enverra un par courrier.

QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

Outre les assurés définis à la catégorie de personnel assuré, sont également considérés comme «bénéficiaires» :

- 1** Le **conjoint** à charge de l'assuré au sens de la Sécurité sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale.
- 2** En l'absence de conjoint, le **concubin** à charge au sens de la Sécurité sociale ou, sous réserve d'une attestation sur l'honneur de vie maritale, le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale, est assimilé au conjoint.
- 3** Le **partenaire lié par un PACS est assimilé au conjoint.**
- 4** Les **enfants à charge fiscale de l'assuré affilié, c'est-à-dire les enfants légitimes, reconnus, adoptifs, pupilles de la Nation à condition :**
 - D'être âgés de moins de 20 ans.
 - D'être âgés de moins de 28 ans et de poursuivre des études secondaires ou supérieures entraînant ou non l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des Étudiants.
 - D'être âgés de moins de 28 ans, sous contrat d'apprentissage ou contrat d'alternance.
 - D'être âgés de moins de 28 ans et à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi (ANPE) et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi.
 - De bénéficier des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi 75-534 du 30 Juin 1975, quel que soit l'âge de l'enfant.

QUE DEVEZ-VOUS FOURNIR POUR VOTRE INSCRIPTION SANTÉ ?

- 1** **Le bulletin d'adhésion** remis par votre employeur.
- 2** **Un relevé d'identité bancaire ou postal :**
pour le versement des prestations par virement.
- 3** **En cas de PACS :**
attestation d'inscription du PACS au greffe du tribunal d'instance datant de moins de 3 mois.
- 4** **En cas de concubinage :**
attestation établie sur l'honneur et justificatif de domicile commun.
- 5** **Pour les enfants :**
 - **Étudiants :**
photocopie de la carte d'affiliation au régime de Sécurité Sociale des étudiants (tous les ans).
 - **Pour les enfants en formation :**
photocopie du contrat en alternance.
 - **Pour les enfants inscrits à Pôle Emploi et à la recherche d'un premier emploi**
justificatif du Pôle Emploi attestant de leur situation.
 - **Pour les enfants handicapés :**
photocopie de l'attribution des allocations d'adulte handicapé.
- 6** **Pour la mise en place de la télétransmission :**
la copie de l'attestation délivrée avec la carte Vitale du salarié ainsi que celles des bénéficiaires s'ils sont immatriculés personnellement.

L'ENSEMBLE DES RÈGLEMENTS SE FAIT PAR VIREMENT, SAUF ACCORD PRÉALABLE DE CPMS.

TÉLÉTRANSMISSION (EDI)

La copie de la Carte Vitale ne suffit pas. Merci de fournir l'attestation vitale. Si vous l'avez égarée ou perdue, vous pouvez obtenir un duplicata en formulant votre demande auprès de votre Caisse d'Assurance Maladie ou via internet (www.ameli.fr).

COMMENT VOUS FAIRE REMBOURSER ?

Vous bénéficiez des Échanges de Données Informatisées (EDI)

L'Assurance Maladie adresse directement à CPMS les informations permettant d'effectuer vos remboursements, dans ce cas un message du type « *Le double de ce décompte est adressé à votre mutuelle* » figurera sur votre décompte CPAM.

Il convient alors d'adresser à CPMS les pièces énumérées ci-après.

Vous ne bénéficiez pas des Échanges de Données Informatisées (EDI)

Doivent être fournis à CPMS les originaux des volets de la Caisse d'Assurance Maladie ainsi que les pièces justificatives suivantes et éventuellement les décomptes établis par d'autres organismes complémentaires.

PIÈCES JUSTIFICATIVES (ORIGINAUX)

- > LUNETTES : facture détaillée de l'opticien et prescription de l'ophtalmologiste datant de moins de 3 ans. S'il y a des traitements divers, l'opticien doit le préciser (ex. : verres teintés, anti-reflets ...).
- > LENTILLES CORNÉENNES PRISES EN CHARGE par la Sécurité Sociale : facture détaillée.
- > LENTILLES CORNÉENNES NON PRISES EN CHARGE par la Sécurité Sociale : facture détaillée et prescription médicale datant de moins de 1 an.
- > PROTHÈSES DENTAIRES ET SOINS DENTAIRES (si dépassements d'honoraires) : facture détaillée.
- > HOSPITALISATION (sans prise en charge) : facture acquittée de l'établissement.
- > RÈGLEMENT DES TICKETS MODÉRATEURS, NOTES D'HONORAIRES réglées directement au praticien (en cas d'hospitalisation par exemple).
- > SOINS A L'ÉTRANGER : facture détaillée et acquittée.
- > MATERNITÉ : acte de naissance, facture acquittée de l'établissement.
- > CURE THERMALE : facture détaillée des frais restant à charge.
- > AUTRES SOINS NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité Sociale : facture détaillée et acquittée.

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Les prestations s'entendent sous déduction des remboursements de la sécurité sociale

LIBELLÉS DES PRESTATIONS	RÉGIME DE BASE	OPTION 1 (y compris régime de base)	OPTION 2 (y compris régime de base)
FRAIS MÉDICAUX COURANTS			
Consultation ou visite d'un généraliste	250% de la BR	300% de la BR	400% de la BR
Consultation ou visite d'un spécialiste			
Radiologie et échographie			
Actes techniques dispensés par le praticien			
Analyses et travaux de laboratoire			
Auxiliaires médicaux			
Frais de transport	100% du TM		
DENTAIRE			
Soins dentaires	250% de la BR	300% de la BR	400% de la BR
Prothèses remboursées par la sécurité sociale, y compris les prothèses sur implants			
Inlays core			
Prothèses non remboursées par la sécurité sociale, y compris les prothèses sur implants			
Inlays-Onlays			
Implants (implants et supports de prothèses non remboursés par la Sécurité Sociale)	800€ par implant	995€ par implant	1080€ par implant
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	250% de la BR	300% de la BR	400% de la BR
OPTIQUE (Une paire de lunettes tous les 2 ans et par personne, soit 1 monture et 2 verres)			
Monture et verres	243€ la paire	364€ la paire	500€ la paire
Lentilles y compris les jetables remboursées par la Sécurité Sociale	200€ par an / personne	250€ par an / personne	400€ par an / personne
Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité Sociale	303€ par œil /an	450€ par œil /an	700€ par œil /an
HOSPITALISATION MÉDICALE/CHIRURGICALE/MATERNITÉ			
Frais d'hospitalisation (y compris les frais liés à l'accouchement)	100% des FR-SS	100% des FR-SS	100% des FR-SS
Séjours divers (maison de repos, sanatorium, préventorium, aérium, maison d'enfants à caractère sanitaire)			
Chirurgie (ADC)			
Chambre particulière y compris en maternité	3% du PMSS / jour	5% du PMSS / jour	7% du PMSS / jour
Lit accompagnant enfant jusqu'à 16 ans	1,50% du PMSS / nuit	2,50% du PMSS / nuit	3% du PMSS / nuit
Transport remboursé par la Sécurité Sociale	100% du TM	100% du TM	100% du TM
Forfait journalier hospitalier	100% des Frais Réels	100% des Frais Réels	100% des Frais Réels
MATERNITÉ			
Forfait (doublé si naissance multiple)	10% du PMSS	15% du PMSS	20% du PMSS
APPAREILLAGE/ACCESSOIRES			
Orthopédie, accessoires et prothèses autres que dentaires	250% de la BR	300% de la BR	400% de la BR
Prothèses auditives			
PHARMACIE			
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale	100% du TM	100% du TM	100% du TM
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale	2% du PMSS par an/ personne	2% du PMSS par an/ personne	2% du PMSS par an/ personne
MÉDECINE DOUCE			
Séances chez un étiope, ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, micro-kinésithérapeute, non remboursées par la Sécurité Sociale	60€ par séance (4 séances/an pour l'ensemble du poste)	65€ par séance (4 séances/an pour l'ensemble du poste)	75€ par séance (4 séances/an pour l'ensemble du poste)
AUTRES FRAIS			
Consultation chez un diététicien, non remboursée par la sécurité sociale (enfant -12 ans)	60€	60€	60€
Sevrage tabagique remboursé ou non par la Sécurité Sociale	2% du PMSS par an/ personne	2% du PMSS par an/ personne	2% du PMSS par an/ personne
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité Sociale	60€ par an/personne	60€ par an/personne	60€ par an/personne
Contraceptifs			
ALLOCATION OBSÈQUES			
Dans le limite des frais engagés	50% du PMSS	100% du PMSS	100% du PMSS

FR : Frais réels - BR : Base de remboursement de la Sécurité Sociale - TM : Ticket Modérateur - SS : Sécurité Sociale
PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale (31 29€ au 1^{er} janvier 2014)

easyJet EASYJET - Vos garanties Frais de Santé | 11

Diffusion limitée aux salariés. Reproduction interdite, sauf accord de CPMS. Ce document n'est pas une notice d'information au sens de l'article L. 112-2 du code des assurances. Document non contractuel, seules les Conditions Générales de votre contrat et notamment les exclusions font foi et seront disponibles auprès de votre direction des Ressources Humaines ou de votre Direction générale.

EXEMPLE DE REMBOURSEMENTS

TYPE DE SOINS	BASE DE REMBT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	MONTANT DU REMBT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	RÉGIME DE BASE - REMBT MAXI	OPTION 1 REMBT MAXI (y compris régime de base)	OPTION 1 REMBT MAXI (y compris régime de base)
Consultation généraliste (médecin traitant) - Secteur 1	23,00 €	16,10 € ⁽¹⁾	41,40 € ⁽¹⁾	52,90 € ⁽¹⁾	75,90 € ⁽¹⁾
Consultation généraliste hors parcours de soins coordonnées - Secteur 1	23,00 €	6,90 € ⁽¹⁾⁽²⁾	41,40 € ⁽¹⁾⁽³⁾	52,90 € ⁽¹⁾⁽³⁾	75,90 € ⁽¹⁾⁽²⁾
Consultation spécialiste de secteur 1 (conventionné) sur avis du médecin traitant	28,00 €	19,60 € ⁽¹⁾	50,40 € ⁽¹⁾	64,40 € ⁽¹⁾	92,40 € ⁽¹⁾
Endoscopie du tube digestif (acte technique/ATM) effectuée dans le cadre du parcours de soins	70,21 €	49,15 € ⁽¹⁾	126,37 € ⁽¹⁾	161,48 € ⁽¹⁾	231,69 € ⁽¹⁾
Analyses (B200)	54,00 €	32,40 € ⁽¹⁾	102,60 €	129,60 €	183,60 €
Radiologie (Acte ADI)	80,64 €	56,45 € ⁽¹⁾	145,15 €	185,47 €	266,11 €
Couronne céramométallique	107,50 €	75,25 €	193,50 €	247,25 €	354,75 €
Soins dentaires (SC 40)	96,40 €	67,48 €	173,52 €	221,72 €	318,12 €
Orthodontie prise en charge (1 semestre - TO 90)	193,50 €	193,50 €	290,25 €	387,00 €	580,50 €
Monture et verres (une paire de lunettes)	7,32 €	4,45 €	243,00 € ^(**)	364,00 € ^(**)	500,00 € ^(**)
Lentilles jetables remboursées par la sécurité sociale	78,70 €	47,22 €	200,00 € ^(*)	250,00 € ^(*)	400,00 € ^(*)

(1) La Sécurité Sociale déduit de son remboursement une participation forfaitaire de 1€. Cette contribution est limitée à 50 € par personne et par an ; elle ne concerne pas les enfants de moins de 18 ans, les femmes enceintes de plus de 6 mois et les bénéficiaires de la CMU. Cette participation forfaitaire n'est pas prise en charge par votre contrat.

(2) Baisse du taux de remboursement de 40 % hors parcours de soins si le montant de l'acte est inférieur ou égal à 25 € ou 10 € pour tout acte supérieur à 25 € (3) Hors parcours de soins, votre contrat ne peut prendre en charge la baisse du taux de remboursement de la Sécurité Sociale (obligation du décret du 29 septembre 2005)

(4) Hors parcours de soins, votre contrat ne peut prendre en charge la baisse du taux de remboursement de la Sécurité Sociale et 8 € (cas général) de dépassement

(*) Par an et par bénéficiaire

(**) Tous les 2 ans par bénéficiaire

CHOIX ET CHANGEMENT DE RÉGIME

L'assuré est obligatoirement affilié au régime de base.

Lors de son affiliation, l'assuré qui le souhaite peut opter, moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire, pour le régime optionnel 1 ou 2. Dans ce cas, les garanties du régime optionnel retenu se substituent aux garanties du régime de base. Le régime retenu s'applique dans tous les cas, obligatoirement, à tous les bénéficiaires.

En cas de changement de situation de famille, l'assuré a la possibilité de changer de régime dans les 3 mois qui suivent ce changement. La nouvelle garantie prenant effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande, le cachet de la poste faisant foi. La situation de famille prise en compte est celle au moment de la demande.

À effet du 1^{er} janvier, sous réserve que la demande parvienne à la Compagnie avant le 31 octobre de l'année précédente, le cachet de la poste faisant foi :

- Un assuré au régime de base a la possibilité d'opter pour le régime optionnel 1 ou 2 pour une durée minimum de 2 ans (sauf en cas de changement de situation de famille).
- Un assuré ayant opté pour l'un des 2 régimes optionnels a la possibilité de modifier son choix après une durée d'inscription de 2 ans à ce dernier (sauf en cas de changement de situation de famille).

Pour tout changement de régime, l'assuré doit en faire la demande par lettre à la Compagnie, par l'intermédiaire de la Contractante.

QUELQUES CONSEILS PRATIQUES

L'ATTESTATION TIERS PAYANT

L'attestation tiers payant est délivrée aux salariés mais également aux enfants, conjoints, concubins et partenaires liés par le PACS.

Elle permet de ne plus faire l'avance des frais :

- Pharmaceutiques pour les médicaments prescrits par un médecin et remboursables par la Sécurité sociale,
- de laboratoires, radiologues et kinésithérapeutes signataires d'un accord avec le réseau SP santé,
- optique.

L'attestation tiers payant est renouvelée chaque début d'année et est valable jusqu'au 31 décembre.

En cas de départ de l'entreprise, le salarié devra remettre à l'employeur l'attestation tiers payant.

LA TÉLÉTRANSMISSION (EDI)

Vous pouvez bénéficier de la télétransmission entre votre Centre de Sécurité Sociale et CPMS.

Attention ! Nous attirons votre attention sur le fonctionnement de la télétransmission qui peut être perturbée si :

- Vous déménagez et changez de centre de Sécurité Sociale. Dans ce cas, il faut informer CPMS de votre nouvelle adresse et des coordonnées de votre nouveau centre.
- Vos enfants sont inscrits sous votre numéro d'affiliation à l'Assurance Maladie et aussi sous celui de votre conjoint : vous devez faire un choix et déterminer quel sera le numéro d'immatriculation communément utilisé par l'Assurance Maladie (Sécurité Sociale) et CPMS pour percevoir les remboursements.
- Vos enfants bénéficient de la Sécurité Sociale des étudiants. Il faudra alors nous adresser les décomptes.

CARTE EUROPÉENNE D'ASSURANCE MALADIE

Vous partez en vacances en Europe.

Durant vos vacances, vous avez choisi de découvrir un pays de l'Union Européenne ou la Suisse ? Pour vous faciliter la vie, demandez votre carte européenne d'assurance maladie.

Grâce à votre carte européenne d'assurance maladie, vous serez couvert par l'Assurance Maladie durant votre voyage et vos frais médicaux seront pris en charge selon la législation en vigueur dans le pays qui vous accueille.

Comment l'obtenir ?

Au minimum deux semaines avant votre départ, demandez votre carte :

- en vous connectant sur votre compte ameli/ rubrique « Mes demandes »,
- au téléphone au 3646 (prix d'un appel local sauf surcoût imposé par certains opérateurs),
- sur place en vous rendant dans un des points d'accueil de votre caisse d'assurance maladie.

Valable deux ans, elle est individuelle et nominative. Chaque membre de votre famille doit avoir la sienne, y compris vos enfant de moins de 16 ans.

Votre départ est imminent ?

Si votre départ a lieu dans moins de 15 jours, votre caisse d'Assurance Maladie vous délivrera un certificat provisoire de remplacement, valable trois mois. Il atteste de vos droits à l'Assurance Maladie et vous pourrez l'utiliser dans les mêmes conditions que la CEAM.

**LE SITE DE L'ASSURANCE
MALADIE**
www.ameli.fr

PRISE EN CHARGE

24H/24 ET 7J/7

HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation auprès d'un établissement conventionné, vous pouvez bénéficier d'un accord de règlement direct en demandant à CPMS une prise en charge.

Cette dernière peut être demandée avant la date d'entrée ou le jour même en cas d'hospitalisation d'urgence soit par l'établissement hospitalier, soit par l'adhérent ou l'ayant droit.

Dans tous les cas la prise en charge est adressée à l'établissement hospitalier.

Renseignements nécessaires à communiquer :

- nom/prénom de la personne hospitalisée,
- nom et adresse de l'établissement de soins,
- service (médecine, chirurgie. etc .),
- date d'hospitalisation.

RADIOLOGUES, LABORATOIRES, KINÉSITHÉRAPEUTES, CENTRES DE SOINS

Il suffit de présenter l'attestation tiers payant aux professionnels de santé.

Vous avez accès à la liste des professionnels de santé sur notre site internet www.cpms.fr.

POUR DEMANDER UNE PRISE EN CHARGE



VOTRE CONSEILLER EN DIRECT

01 47 70 30 97



E.MAIL

pec@cpms.fr



FAX

01 47 70 35 31



AUDIOTEL

0826 626 620



EASYJET - Vos garanties Frais de Santé | 15

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Les prestations non indiquées dans ce document.

Les dossiers présentés plus de 2 ans après la date des soins.

Les actes médicaux dont la date figurant sur le volet de la caisse d'Assurance Maladie est antérieure ou postérieure à la période de garantie. Cependant, la date de début des soins est retenue lorsque seules les dates de début et de fin d'une série d'actes, dans le cadre d'un traitement, figurent sur le volet de la Caisse d'Assurance Maladie.

MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION OU RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

Vous pourrez bénéficier du maintien des garanties à l'identique, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante :

> En cas de liquidation de vos droits à la retraite.

La demande doit être formulée dans les 6 mois suivant votre départ de l'entreprise pour une prise d'effet au jour de la rupture de votre contrat de travail.

> **En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire** (congé parental, arrêt de travail) sous réserve d'en faire la demande dans le mois suivant la cessation d'activité.

Vous pourrez également conserver le bénéfice de ces mêmes garanties :

Pendant une durée maximum de 12 mois depuis le 1^{er} juin 2014, en cas de départ par suite de licenciement (hors faute lourde) démission, fin de CDD... ouvrant droit à indemnisation par l'Assurance chômage. Le service des Ressources Humaines de votre entreprise vous remettra avant votre départ les documents explicatifs de ce dispositif.

REMARQUES

Les prestations dont vous bénéficiez ont été établies en considération de la législation de l'Assurance Maladie en vigueur. Toute modification de cette législation pourra entraîner une modification des remboursements.

Pour tous les soins pratiqués à l'étranger, le remboursement sera effectué sur la base des tarifs pratiqués en France.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à charge de l'assuré 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 du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix* » (article 9 de la loi du 31/12/1989).

IMPORTANT

Si vous n'utilisez pas votre attestation de tiers payant, mais que vous présentez votre carte vitale afin de ne pas faire l'avance de la part remboursée par l'assurance maladie, il convient d'adresser à CPMS un reçu attestant le paiement par vos soins du ticket modérateur.

UN SITE INTERNET, AMELI-DIRECT

www.ameli-direct.ameli.fr

Le service AMELI-DIRECT répond à la mission confiée à l'Assurance Maladie, par la loi de Réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004, d'informer les assurés sur l'offre de soins. Il permet de trouver sur le site internet de l'Assurance Maladie (www.ameli.fr) les coordonnées des professionnels de santé exerçant à titre libéral et celles des établissements de soins. Il permet également de connaître les tarifs pratiqués par un professionnel de santé à son cabinet ou dans un établissement de soins privé. AMELI-DIRECT donne des informations sur les actes médicaux qui constituent un socle de connaissance utiles et pratiques.

GRÂCE À AMELI-DIRECT

RECHERCHEZ SUR PLUSIEURS CRITÈRES

- La profession
- La proximité
- Le type d'honoraires
- L'équipement carte Vitale
- ...

TROUVEZ

- Les coordonnées
- Le détail de l'activité
- Les horaires de consultation
- Les durées d'hospitalisation
- ...

COMPAREZ

- Les tarifs
- Les bases de remboursement
- ...

Le site ameli-direct est un service amené à évoluer et les informations disponibles sont enrichies régulièrement.

Ces informations sont aussi disponibles au **36 46** (prix d'un appel local sauf surcoût imposé par certains opérateurs de téléphonie fixe ou mobile).



CPMS

Centre de Prévoyance Médico-Sociale depuis 1950

CENTRE DE PRÉVOYANCE MÉDICO SOCIALE - 5 rue Geoffroy Marie 75009 PARIS
RC PARIS B97B 14894 - Siret 414 357 889 00040 - Garanties Financières et RC Professionnelles conformes aux articles L.530-1
et 530-2 du Code des assurances.
Inscrit auprès de l'ORIAS sous le n°07 001 007

www.cpms.fr