



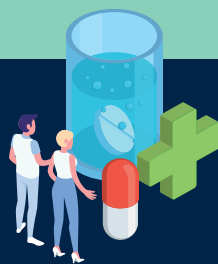
Ma Prévoyance
by Safran

L'ESSENTIEL
SUR VOS GARANTIES

SANTÉ & PRÉVOYANCE

Guide retraité 2024





VOTRE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

P.4

VOTRE RÉGIME DÉPENDANCE

P.18



Ma Prévoyance by Safran

VOS DISPOSITIFS DE SOLIDARITÉ : FONDS DE SOLIDARITÉ FONDS SOCIAL AIDE AUX AIDANTS

P.20



Retrouvez toutes les informations
concernant vos garanties,
des simulateurs de prestations
et de cotisations sur le site
www.maprevoyancebysafran.fr
avec le code SAFRANPREV09.



La protection sociale de ses salariés et anciens salariés est une préoccupation prioritaire de Safran.

L'accord de Groupe relatif à la prévoyance complémentaire du 10 février 2009 et son avenant n° 16 du 18 septembre 2019¹, conclus avec l'ensemble des organisations syndicales représentatives, ont permis la mise en place d'un régime de Prévoyance complet et homogène pour l'ensemble des collaborateurs du Groupe en France, ainsi qu'un régime Frais de santé spécifique pour les retraités et futurs retraités du Groupe en France.

“SAFRAN OFFRE À TOUS LES RETRAITÉS QUI LE SOUHAITENT DES RÉGIMES ATTRACTIFS DE PROTECTION SOCIALE.”

Ce régime vous donne le choix entre quatre niveaux de couverture, adaptés à vos besoins.

Il vous garantit un coût juste pour le niveau de couverture choisi avec des cotisations indépendantes de votre âge et de l'évolution de votre état de santé.

Il préserve le service de proximité à travers un réseau de mutuelles locales en charge des remboursements complémentaires de la Sécurité sociale.

Il est complété par :

- **UN FONDS DE SOLIDARITÉ** qui finance une minoration de vos cotisations en fonction de vos revenus ;
- **UN FONDS SOCIAL** qui vous apporte, sous conditions de ressources, une aide financière en cas de difficultés consécutives à des dépenses de santé ;
- **UN DISPOSITIF “D'AIDE AUX AIDANTS”** en cas de perte d'autonomie d'un de vos proches.

Vous avez également accès à des produits d'assurance individuelle, destinés à vous prémunir contre le risque de dépendance. Ces offres vous permettent de choisir le dispositif le mieux adapté à vos besoins et vous garantissent des prestations versées sans limite d'âge ni de durée.

Ainsi, Safran offre à tous les retraités qui le souhaitent des régimes attractifs de protection sociale présentant des conditions financières avantageuses, ainsi que des prestations de haut niveau.

Je vous invite à découvrir dans cette brochure les modalités pratiques de fonctionnement et les avantages de l'ensemble du dispositif de Ma Prévoyance by Safran pour les retraités du Groupe.

STÉPHANE DUBOIS

Directeur Groupe des Responsabilités Humaines et Sociétales

¹ Accord fondateur du dispositif de protection sociale du Groupe: L'accord relatif à la prévoyance complémentaire des salariés du Groupe Safran a été signé par la direction générale et les organisations syndicales CFDT, CFE-CGC, CFTC, CGT et FO le 10 février 2009; son avenant n°16 a été signé par la direction générale et les organisations syndicales CFDT, CFE-CGC, CGT et FO le 18 septembre 2019.

VOTRE RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ



La couverture Santé proposée par Safran se compose de 4 niveaux de garantie :

Deux niveaux de garantie, Ma Santé Safran et Ma Santé Safran +, sont identiques aux niveaux de garantie des actifs et suivent leurs évolutions.

Deux niveaux de garantie spécifiques sont maintenus :

- Convention Santé, offrant des garanties proches du panier de soins et peu onéreux,
- Safran Santé, équivalent au régime de référence des actifs en vigueur jusqu'au 31/12/2019, soit avant la mise en place du nouveau dispositif Frais de santé Safran, consécutif à la signature de l'avenant n° 16 à l'accord de Groupe du 18 septembre 2019. Ce régime permet de préserver un bon niveau de prestations et une tarification maîtrisée pour tous les retraités qui en bénéficiaient avant le 1^{er} janvier 2020. Il n'évoluera plus en fonction du nouveau régime des actifs mis en place par l'avenant n° 16.

L'assurance de la couverture Santé est confiée à Harmonie Mutuelle Groupe VYV et, pour plus de proximité avec vous, sa gestion est prise en charge par un réseau de mutuelles locales.



1 ➤ COMPRENDRE LE RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ

La Sécurité sociale définit, pour chaque type de prestation de santé, une base de remboursement (BR) qui sert de référence pour le calcul de ses remboursements. Les garanties Frais de santé de Ma Prévoyance by Safran s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale.

| COÛT TOTAL DE VOS FRAIS DE SANTÉ | | | |
|---|---|--|--------------------------------|
| <p>Remboursement SÉCURITÉ SOCIALE</p> <p>Base de remboursement officielle (BR¹) x taux de remboursement applicable selon l'acte médical effectué</p> | <p>Remboursement CONVENTION SANTÉ, SAFRAN SANTÉ et MA SANTÉ SAFRAN</p> <p>Ticket modérateur (TM²) + tout ou une partie des dépassements d'honoraires</p> | <p>Remboursement MA SANTÉ SAFRAN +</p> <p>Dépassements d'honoraires</p> | <p>Reste à charge éventuel</p> |

Convention Santé, Safran Santé et Ma Santé Safran :

La somme des remboursements que vous pouvez obtenir ne peut excéder le montant des plafonds d'indemnisation fixés par la réglementation dans le cadre du contrat responsable.

Ma Santé Safran + :

Si vous choisissez d'adhérer à Ma Santé Safran +, la somme des remboursements pourra dépasser les plafonds d'indemnisation fixés par la réglementation pour une meilleure prise en charge des dépassements d'honoraires. Dans tous les cas, les remboursements sont plafonnés aux dépenses réellement engagées.

À RETENIR

- **Pour connaître la base de remboursement (BR)** pour un type d'acte ou de soin médical, ainsi que le niveau de prise en charge de la Sécurité sociale, consultez le site : www.ameli.fr, rubrique "Ce qui est remboursé".
- **Pour les consultations médicales** (y compris dans le cadre d'une hospitalisation), le remboursement sera plus important si le médecin a adhéré à l'OPTAM³ ou l'OPTAM-CO³ avec l'Assurance Maladie.
 - **Pour savoir si votre médecin a adhéré à l'OPTAM³ ou l'OPTAM-CO³** (honoraires avec dépassements maîtrisés), consultez le site : <http://annuaire.sante.ameli.fr>.

2 ➤ QUI EST COUVERT ?

Tout salarié de Safran a la possibilité de souscrire le régime Frais de santé Groupe au moment de son départ à la retraite.

L'adhésion est également possible pour son conjoint et ses enfants à charge.



SONT ASSIMILÉS AU CONJOINT MARIÉ

Le partenaire lié
par un pacte civil
de solidarité.

Le concubin,
sur déclaration sur
l'honneur du salarié
et si la vie commune
peut être prouvée sous
la forme d'un justificatif
de domicile commun.



SONT AYANTS DROIT LES ENFANTS DU SALARIÉ ET CEUX DE SON CONJOINT (OU ASSIMILÉ)

À charge au sens de la Sécurité sociale et vivant au foyer.

Étudiants à plein temps et âgés de moins de 26 ans.

En apprentissage (ou équivalent) et âgés de moins de 26 ans.

Demandeurs d'emploi et âgés de moins de 26 ans.

Handicapés, quel que soit leur âge, et dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité rémunérée, et percevant à ce titre des allocations, y compris les enfants handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %, s'ils justifient d'une rémunération inférieure au SMIC.

Les ayants droit d'un salarié décédé peuvent adhérer au régime d'accueil Safran au moment de leur départ à la retraite, s'ils bénéficiaient déjà du maintien du régime des actifs.

¹ Base de remboursement (ou BR) : voir lexique.

² Ticket modérateur (ou TM) : voir lexique.

³ OPTAM/OPTAM-CO : voir lexique.

3 > VOS GARANTIES

Ma Prévoyance by Safran vous permet de bénéficier d'une couverture étendue de haut niveau pour vos principales dépenses de santé.

Ma Santé Safran + complète le régime Ma Santé Safran en offrant une meilleure prise en charge de vos remboursements, notamment dans le cadre des dépassements d'honoraires des praticiens non adhérents à l'OPTAM et l'OPTAM-CO en cas de consultation ou d'hospitalisation, ainsi que pour la plupart des prestations dentaires et optiques.



SOINS COURANTS

Consultations généralistes/spécialistes

Actes médicaux
et chirurgie

Auxiliaires médicaux

Radiographies, analyses

Pharmacie

Kinésithérapeutes*



DENTAIRE, OPTIQUE

Soins, prothèses dentaires,
orthodontie, Inlay-Onlay,
implants, parodontologie

Montures, verres,
lentilles,
chirurgie réfractive



HOSPITALISATION

Frais de séjour

Honoraires médicaux et chirurgicaux

Forfait hospitalier

Chambre particulière,
lit accompagnant



AUTRES PRESTATIONS

Appareils auditifs

Orthopédie, podologie

Cure thermale

Ostéopathie, étioopathie, acupuncture

Psychologie, hypnothérapie,
ergothérapie

...



À SAVOIR

Retrouvez les grilles de garanties
de votre régime Frais de santé en annexe.

* Les dépassements d'honoraires des kinésithérapeutes ne sont pas pris en charge par le régime si l'Assurance Maladie ne les reconnaît pas, notamment en cas de dépassements non autorisés ou de dépassements pour exigence.

4 ➤ AVEC LE 100 % SANTÉ, OUBLIEZ LE RESTE À CHARGE !

Depuis le 1^{er} janvier 2020, le dispositif réglementaire 100 % Santé permet d'être remboursé à 100 % par la Sécurité sociale et votre complémentaire santé, pour les postes suivants :

- Les lunettes de vue
- Les soins et actes prothétiques dentaires (couronnes, bridges, prothèses amovibles)
- Les aides auditives

Le 100 % Santé vous permet d'accéder à une offre précise et restreinte d'équipements et de soins sans aucun reste à charge dans ces 3 domaines.

COMMENT EN BÉNÉFICIER ?

Avec Ma Prévoyance by Safran, vous pouvez bénéficier de ce dispositif à condition d'opter pour les équipements et soins qui font partie du panier 100 % Santé.

Les opticiens et audioprothésistes auront l'obligation de vous proposer un équipement entrant dans la catégorie 100 % Santé et de vous établir un devis détaillé.

Les dentistes conventionnés auront l'obligation de vous proposer soit des soins entrant dans la catégorie 100 % Santé, soit une alternative thérapeutique avec un reste à charge maîtrisé. Dans les deux cas, ils devront vous présenter un devis détaillé. La prise en charge des actes dentaires dépendra de la position de la dent à soigner et du matériau utilisé.

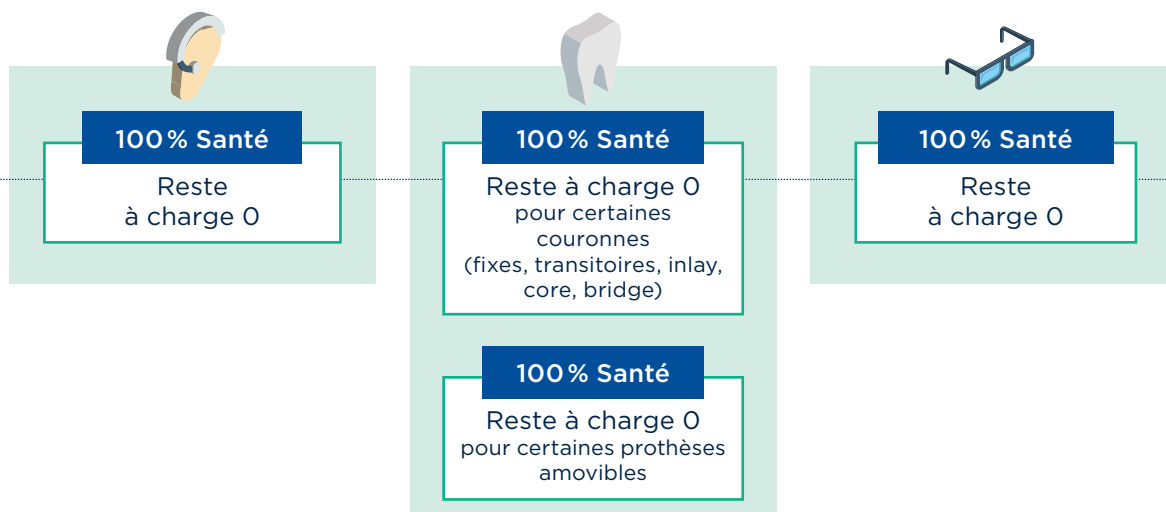
Tous les équipements et matériaux de l'offre 100 % Santé sont soumis à des normes de qualité, garantissant un niveau de services adapté à vos besoins essentiels.

MA SUR-COMPLÉMENTAIRE SANTÉ EST-ELLE ENCORE UTILE ?

Seuls des soins et équipements sélectionnés en optique, audiologie et dentaire permettent de bénéficier du 100 % Santé. Votre sur-complémentaire Ma Santé Safran + est donc amenée à intervenir sur tous les autres postes de garanties (médecine générale, examens médicaux, hospitalisation...).

Par ailleurs, vous restez libre de choisir des soins hors du panier 100 % Santé, et dans ce cas, Ma Santé Safran + vous est utile pour bénéficier de meilleurs remboursements.

COMMENT CELA FONCTIONNE ?



➤ Pour plus d'informations rendez-vous sur le site www.ameli.fr et sur le site <https://sante.gouv.fr/> (rubrique "Système de santé").

5 > EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS



JE VAIS CHEZ MON SPÉCIALISTE EN SUIVANT LE PARCOURS DE SOINS¹

Médecin conventionné secteur 2, adhérent OPTAM

Prix de la consultation

80 €

Remboursement Sécurité sociale

21,05 €

70% de la BR (31,50€²), moins une participation forfaitaire d'1€³

Remboursement maximum selon le niveau de garantie

Convention Santé

9,45 €

Prise en charge du ticket modérateur⁴

soit un
remboursement
total de
30,50 €

Safran Santé

47,25 €

Prise en charge du ticket modérateur⁴
+ des dépassements d'honoraires
à hauteur de 120% de la BR (37,80 €)

soit un
remboursement
total de
68,30 €

Ma Santé Safran

48,83 €

Prise en charge du ticket modérateur⁴
+ des dépassements d'honoraires
à hauteur de 125% de la BR (39,38 €)

soit un
remboursement
total de
69,88 €

Ma Santé Safran +

57,95 €

Prise en charge du ticket modérateur⁴
+ des dépassements d'honoraires à hauteur
de 225% de la BR limités aux frais réels (48,5€)

soit un
remboursement
total de
79 €

Médecin conventionné secteur 2, non-adhérent OPTAM

Prix de la consultation

120 €

Remboursement Sécurité sociale

15,10 €

70% de la BR (23€²), moins une participation forfaitaire d'1€³

Remboursement maximum selon le niveau de garantie

Convention Santé

6,90 €

Prise en charge du ticket modérateur

soit un
remboursement
total de
22 €

Safran Santé

29,90 €

Prise en charge du ticket modérateur
+ dépassements d'honoraires
à hauteur de 100% de la BR

soit un
remboursement
total de
45 €

Ma Santé Safran

29,90 €

Prise en charge du ticket modérateur
+ dépassements d'honoraires
à hauteur de 100% de la BR

soit un
remboursement
total de
45 €

Ma Santé Safran +

87,40 €

Prise en charge du ticket modérateur
+ dépassements d'honoraires à
hauteur de 350% de la BR

soit un
remboursement
total de
102,50 €

J'AI BESOIN D'UNE PAIRE DE LUNETTES

200 €

Remboursement
maximum
Convention Santé

100 € en cas de changement
de la monture seule

800 €

Remboursement
maximum
Safran Santé

350 € par verre
et 100 € pour la monture

800 €

Remboursement
maximum
Ma Santé Safran

350 € par verre
et 100 € pour la monture

1 125 €

Remboursement
maximum
Ma Santé Safran +

500 € par verre
et 125 € pour la monture

¹ Parcours de soins : voir lexique.

² Montant pris en charge par le régime général. Dans le cadre du régime local Alsace-Moselle, le remboursement est plus élevé.

³ Participation forfaitaire d'1 euro : voir lexique.

⁴ Soit la part de la base de remboursement non prise en charge par la Sécurité sociale (9,45€).



JE DOIS ME FAIRE POSER UNE COURONNE DENTAIRE (tarif libre)

Prix de la consultation

800€

Remboursement Sécurité sociale

72€

60% de la BR (120€¹)

Remboursement maximum selon le niveau de garantie

Convention Santé

252€

Prise en charge du ticket modérateur²
+ des dépassements d'honoraires
à hauteur de 170% de la BR (204€)

soit un
remboursement
total de
324€

Safran Santé

618,66€

Prise en charge du ticket modérateur²
+ des dépassements d'honoraires
à hauteur de 475,55% de la BR
(570,66€)

soit un
remboursement
total de
690,66€

Ma Santé Safran

672€

Prise en charge du ticket modérateur²
+ des dépassements d'honoraires
à hauteur de 520% de la BR (624€)

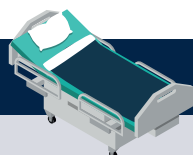
soit un
remboursement
total de
744€

Ma Santé Safran +

728€

Prise en charge du ticket modérateur²
+ des dépassements d'honoraires
à hauteur de 570% de la BR (680€³)

soit un
remboursement
total de
800€



JE SUIS HOSPITALISÉ EN CHAMBRE PARTICULIÈRE

La Sécurité sociale ne prend pas en charge cette dépense

50€
par jour

Convention Santé

115,92€⁴
par jour

Safran Santé

120€
par jour

Ma Santé Safran

150€
par jour

Ma Santé Safran +

À RETENIR

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la prise en charge des équipements optiques est limitée à **un équipement tous les deux ans**.

La période de deux ans s'applique à partir de la date de l'achat du dernier équipement, composé de deux verres et d'une monture. Le renouvellement dans un délai inférieur ne donnera pas lieu à une prise en charge par la mutuelle, sauf exception :

- Les enfants de moins de 16 ans et les personnes subissant une évolution de leur vue peuvent se faire rembourser une paire de lunettes tous les ans. L'évolution de la vue doit être justifiée par une correction différente indiquée sur une nouvelle ordonnance d'un ophtalmologue ou sur l'ordonnance initiale modifiée par l'opticien.

- Les personnes souffrant d'un déficit de la vision de près et d'un déficit de la vision de loin, qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter des verres progressifs (ou "multifocaux"), peuvent obtenir le remboursement de deux paires de lunettes tous les deux ans (l'une corrigeant la vision de près et l'autre corrigeant la vision de loin).

Ma Santé Safran + permet la prise en charge de plusieurs équipements optiques par an pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution du défaut de vision dûment justifiée.

¹ Montant pris en charge par le régime général. Dans le cadre du régime local Alsace-Moselle, le remboursement est plus élevé.

² Soit la part de la base de remboursement non prise en charge par la SS (48€) ³ Plus des dépassements d'honoraires à hauteur de 570% de la BR limités aux frais réels (680€) pour tous les régimes. ⁴ 3% du PMSS 2024.

6 > VOS REMBOURSEMENTS, COMMENT ÇA MARCHE ?

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) **transmet les informations directement à votre mutuelle par voie électronique** via le système NOEMIE. Ainsi, vous êtes automatiquement remboursé par votre mutuelle.

Le remboursement s'effectue par virement bancaire et votre mutuelle vous adresse un relevé des remboursements effectués.


Si vous ne souhaitez pas bénéficier de la transmission automatique, vous devez adresser à votre mutuelle vos demandes de remboursement accompagnées des décomptes de la Sécurité sociale et, le cas échéant, des justificatifs des frais réels engagés.

Les échanges avec votre mutuelle s'effectuent sur votre espace personnel via le site <https://safranhm.synergie-mutuelles.fr> ou via l'application mobile.

Il vous permet notamment de suivre vos remboursements, d'effectuer vos demandes de prise en charge et d'envoyer vos justificatifs ou d'analyser vos devis.

Vous pouvez également envoyer vos documents par courrier à votre mutuelle gestionnaire. Retrouvez son adresse postale sur votre carte de tiers payant.

Votre espace personnel sur le site Synergie Mutuelles vous donne également l'accès à des services Santé spécialisés, entièrement pris en charge par Ma Prévoyance by Safran : Téléconsultation "Maiaa", Visible Patient (images médicales en 3D).



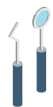
Votre nouvelle application mobile "Ma Prévoyance by Safran" sera disponible dès février 2024 sur les plateformes de téléchargement. Vous y retrouverez toutes les fonctionnalités du site (affichage de vos remboursements de moins de 6 mois, recherche et géolocalisation des professionnels de santé, votre E-carte tiers payant...) et deux nouvelles fonctionnalités (création d'un pilulier virtuel et la possibilité de retrouver les notices de médicament en scannant son code barre ou en le recherchant par nom de médicament).

CAS PARTICULIER

Si vous avez adhéré à plusieurs organismes complémentaires, vous devez choisir, auprès de la CPAM, l'organisme principal auprès duquel vous souhaitez que la transmission automatique soit établie. Vous devez alors présenter à votre second organisme l'original du relevé de prestations de votre mutuelle principale, les copies des décomptes de la Sécurité sociale et tout justificatif des frais réels engagés.

À RETENIR

Dans les cas suivants, l'envoi de pièces justificatives à votre mutuelle, dans un délai de 6 mois maximum, est nécessaire pour être remboursé :



FRAIS DENTAIRES

- Facture détaillée 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

- Prescription médicale
- Facture détaillée de la monture, des verres ou des lentilles refusées par la Sécurité sociale



ORTHOPÉDIE ET PROTHÈSES NON DENTAIRES

- Facture détaillée



CURES THERMALES

- Prescription médicale et facture détaillée de l'établissement
- Décompte de la Sécurité sociale
- Facture des frais d'hébergement et de transport en cas de remboursement par la Sécurité sociale



FORFAIT NAISSANCE PAR ENFANT OU ADOPTION

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

Attention : les soins datant de plus de 2 ans ne pourront pas être remboursés.



BÉNÉFICIER DU TIERS PAYANT

Quelques jours après votre affiliation, votre mutuelle vous adresse une carte de tiers payant. Vous pouvez également la télécharger et l'imprimer *via* votre espace personnel sur le site Synergie Mutuelles <https://safranhm.synergie-mutuelles.fr> ou sur votre application mobile.

Il vous suffit de présenter cette carte ainsi que votre carte Vitale aux professionnels de santé. Vous serez ainsi dispensé d'avancer les frais pris en charge par la Sécurité sociale et votre mutuelle.

PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

Si vous êtes hospitalisé dans un établissement conventionné, votre mutuelle vous garantit une prise en charge immédiate afin de vous dispenser de l'avance des frais.

Un simple appel téléphonique ou courrier de votre part, ou de la part de l'établissement hospitalier, suffit à déclencher la prise en charge.

7 ➤ ADOPTEZ LES BONS RÉFLEXES !

Toute augmentation des dépenses de santé entraîne à terme une hausse des cotisations et/ou une réduction des garanties. La maîtrise des dépenses de santé est donc indispensable, et chacun de nous peut y contribuer en adoptant quelques bons réflexes.

SUIVEZ LE PARCOURS DE SOINS !

- Consultez en priorité votre médecin traitant pour tout acte médical. Il sera à même de vous orienter vers un spécialiste si vous en avez besoin.
- Respectez le parcours de soins pour bénéficier de meilleures conditions de remboursement de la Sécurité sociale et de la mutuelle.
- Par exception, certains spécialistes tels que les gynécologues, stomatologues ou ophtalmologues peuvent être consultés en accès direct (la liste est disponible sur le site www.ameli.fr).

QUE SE PASSE-T-IL SI VOUS NE SUIVEZ PAS LE PARCOURS DE SOINS ?

- Vous restez libre de choisir le médecin ou le spécialiste de votre choix, que ce soit dans le parcours de soins coordonnés ou en dehors.
- Cependant, si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant ou si vous consultez un autre médecin sans être orienté par votre médecin traitant, la Sécurité sociale diminuera fortement ses remboursements. Vous pourrez avoir à régler des dépassements d'honoraires plus importants et votre mutuelle ne pourra pas compenser ces pénalités.

N'HÉSITEZ PAS À COMPARER LES PRIX !

- Que ce soit pour des soins dentaires, des montures ou des verres de lunettes, n'hésitez pas à demander différents devis pour maîtriser au mieux vos dépenses de santé ! Les prix peuvent en effet varier de manière importante selon les praticiens.
- Transmettez ces devis à votre mutuelle pour connaître précisément le montant qui vous sera remboursé.

PENSEZ AUX MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES !

- Les médicaments génériques contiennent un principe actif similaire aux médicaments de marque et ont donc le même effet thérapeutique. Ils sont 20 à 30 % moins chers.



BÉNÉFICIEZ DE LA TÉLÉCONSULTATION MAIIA

Vous pouvez consulter un médecin généraliste ou spécialiste à tout moment depuis votre espace personnel sur le site <https://safranhm.synergie.mutuelles.fr> ou sur votre application mobile et obtenir une ordonnance en cas de besoin.

Le coût de cette consultation virtuelle est entièrement pris en charge par votre régime.

À RETENIR

Un annuaire recense tous les professionnels de santé en France (médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes...). Vous pouvez effectuer une recherche par nom, par spécialité ou par acte médical. Vous aurez accès à la liste des médecins, ainsi qu'à leur adresse, au tarif des consultations et à l'acceptation ou non de la carte Vitale.

- Consultez le service en ligne "annuaire-santé": <http://annuaire.sante.ameli.fr>

CONSULTEZ UN PROFESSIONNEL DU RÉSEAU KALIXIA !

Vous avez accès au réseau de partenaires de soins Kalixia qui proposent des prestations de qualité à des tarifs négociés, notamment dans les domaines de l'optique et de l'audition. Il vous suffira de présenter votre carte de mutuelle pour bénéficier de ces services.

- Pour trouver le professionnel Kalixia le plus proche de chez vous, rendez-vous sur le site <https://safranhm.synergie-mutuelles.fr> ou sur votre application mobile.



8 > VOTRE AFFILIATION

Votre adhésion doit intervenir dans les six mois suivant votre départ à la retraite. Elle sera effective à la date de cessation de votre activité.



REMP LISSEZ LE BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

Précisez votre situation personnelle et complétez les informations relatives à vos ayants droit.

Choisissez le niveau de couverture auquel vous, votre conjoint et vos enfants à charge, souhaitez adhérer (attention, le niveau de garanties choisi est le même pour tous les bénéficiaires):

- > CONVENTION SANTÉ
- > SAFRAN SANTÉ
- > MA SANTÉ SAFRAN

Si vous choisissez d'adhérer à la sur-complémentaire **MA SANTE SAFRAN +**, remplissez le bulletin d'adhésion correspondant.

Joignez à ces bulletins les pièces justificatives demandées et envoyez-les à votre mutuelle. La mutuelle qui assurait la gestion de vos remboursements pendant votre période d'activité restera votre mutuelle gestionnaire.



VOUS SOUHAITEZ MODIFIER VOTRE NIVEAU DE COUVERTURE ?

Tous les deux ans au 1^{er} janvier, et à condition d'en effectuer la demande avant le 31 octobre précédent, vous pourrez décider de changer de niveau de garanties.

Cette demande est possible à tout moment si votre situation familiale évolue, sous réserve de justificatifs.



VOS COORDONNÉES BANCAIRES CHANGENT ?

Signalez-le au plus tôt à votre mutuelle.

À RETENIR

CONTACTS DES MUTUELLES

Retrouvez la liste complète des mutuelles gestionnaires du régime Frais de santé Safran :

- > page 27 de cette brochure ;
- > dans la notice d'information jointe à cette brochure ;
- > sur le site Internet : www.maprevoyancebysafran.fr (Code SAFRANPREV09), rubrique contacts ;
- > sur le site de votre mutuelle : <https://safranhm.synergie-mutuelles.fr> ;
- > sur votre application mobile.

9 > VOS COTISATIONS









LE FONDS DE SOLIDARITÉ

Le fonds de solidarité a été créé dès 2012 pour aider les retraités et leur conjoint, en allégeant leurs cotisations au régime Frais de santé.

Le fonds de solidarité est prioritairement utilisé en faveur des retraités ayant les niveaux de ressources les plus faibles.

Les salariés de Safran participent au financement de ce fonds grâce à une cotisation mensuelle obligatoire de 0,08% du plafond mensuel de Sécurité sociale (PMSS)¹. En contrepartie de cet effort de solidarité intergénérationnelle, Safran augmente sa contribution mensuelle au régime Frais de santé des salariés d'un montant de 0,04% du PMSS, permettant de diminuer d'autant la part salariale.

ALLÈGEMENTS DE COTISATION MENSUELS APPLICABLES AU 1^{er} JANVIER 2024

| TARIF A | | TARIF B | | TARIF C | | TARIF D | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Retraité seul | Couple de retraités | Retraité seul | Couple de retraités | Retraité seul | Couple de retraités | Retraité seul | Couple de retraités |
| Revenus ² supérieurs à | | Revenus ² entre | | Revenus ² entre | | Revenus ² inférieurs à | |
| 30 000 € | 43 000 € | 26 000 € et 30 000 € | 37 000 € et 43 000 € | 20 000 € et 26 000 € | 28 000 € et 37 000 € | 20 000 € | 28 000 € |
| Intervention du fonds de solidarité | | | | | | | |
| 0 | | 18 € | | 25 € | | 33 € | |

¹ PMSS: voir lexique.






² Revenu fiscal de référence.

MODALITÉS POUR BÉNÉFICIER DU FONDS DE SOLIDARITÉ

Si vous remplissez les conditions de ressources et souhaitez bénéficier du fonds de solidarité intergénérationnelle, vous devez en faire la demande auprès de votre mutuelle gestionnaire en joignant une copie de votre dernier avis d'imposition sur le revenu.

MODALITÉS SPÉCIFIQUES L'ANNÉE DE VOTRE DÉPART À LA RETRAITE

Votre dernier avis d'imposition étant basé sur un revenu d'activité, les modalités suivantes vous seront appliquées pour déterminer le niveau d'intervention du fonds de solidarité pour l'année de votre départ à la retraite.

| | | | |
|---|---|---|--|
|  | RETRAITÉ SAFRAN SEUL | 60% des revenus d'activité | |
|  | RETRAITÉ SAFRAN + CONJOINT RETRAITÉ | 60% des revenus d'activité du retraité Safran | + revenus déclarés du conjoint retraité |
|  | RETRAITÉ SAFRAN + CONJOINT ACTIF | 60% des revenus d'activité du retraité Safran | + 60% des revenus d'activité du conjoint |
|  | ANNÉE DE PASSAGE À LA RETRAITE DU CONJOINT | Revenus du retraité Safran | + 60% des revenus d'activité du conjoint |
|  | PASSAGE SIMULTANÉ À LA RETRAITE DU SALARIÉ SAFRAN ET DU CONJOINT | 60% des deux revenus d'activité | |

COTISATIONS PAR ADULTE POUR LES RETRAITÉS AFFILIÉS AU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les cotisations sont exprimées sur la base d'un forfait mensuel en euros par adulte. Elles sont payables d'avance par trimestre et font l'objet d'un prélèvement automatique par la mutuelle.

FORFAITS MENSUELS APPLICABLES AU 1^{er} JANVIER 2024

| | TARIF A | TARIF B ¹ | TARIF C ¹ | TARIF D ¹ |
|-------------------|----------|----------------------|----------------------|----------------------|
| CONVENTION SANTÉ | 94,87 € | 76,87 € | 69,87 € | 61,87 € |
| SAFRAN SANTÉ | 148,95 € | 130,95 € | 123,95 € | 115,95 € |
| MA SANTÉ SAFRAN | 176,60 € | 158,60 € | 151,60 € | 143,60 € |
| MA SANTÉ SAFRAN + | 194,12 € | 176,12 € | 169,12 € | 161,12 € |

EXEMPLE

Retraités et en couple,
notre revenu annuel brut
est supérieur à 43 000 €.



Je souscris l'offre Convention Santé,
ma cotisation mensuelle s'élève
à 94,87 € x 2

= 189,74 €

Je souscris l'offre Ma Santé Safran,
ma cotisation mensuelle s'élève
à 176,60 € x 2

= 353,20 €

Retraités et en couple,
notre revenu annuel brut
est inférieur à 28 000 €.



Je souscris l'offre Convention Santé,
ma cotisation mensuelle s'élève
à 61,87 € x 2

= 123,74 €

Je souscris l'offre Ma Santé Safran,
ma cotisation mensuelle s'élève
à 143,60 € x 2

= 287,20 €

¹ Forfaits mensuels intégrant l'allègement au titre de l'intervention du fonds de solidarité.

COTISATIONS PAR ADULTE POUR LES RETRAITÉS AFFILIÉS AU RÉGIME ALSACE-MOSELLE

FORFAITS MENSUELS APPLICABLES AU 1^{er} JANVIER 2024

| | TARIF A | TARIF B ¹ | TARIF C ¹ | TARIF D ¹ |
|-------------------|----------|----------------------|----------------------|----------------------|
| CONVENTION SANTÉ | 62,84 € | 44,84 € | 37,84 € | 29,84 € |
| SAFRAN SANTÉ | 122,51 € | 104,51 € | 97,51 € | 89,51 € |
| MA SANTÉ SAFRAN | 145,01 € | 127,01 € | 120,01 € | 112,01 € |
| MA SANTÉ SAFRAN + | 162,53 € | 144,53 € | 137,53 € | 129,53 € |



¹ Forfaits mensuels intégrant l'allègement au titre de l'intervention du fonds de solidarité.

VOTRE RÉGIME DÉPENDANCE



Vous avez accès aux offres Dépendance de Malakoff Humanis. Ces offres s'adressent aux personnes de moins de 76 ans, qui souhaitent une solution adaptée à la perte d'autonomie.

Deux contrats sont proposés :

CAPITAL DÉPENDANCE

RENTE DÉPENDANCE

1 > CAPITAL DÉPENDANCE

Le contrat Capital Dépendance garantit le versement d'un capital, dès la reconnaissance de l'état de dépendance en GIR¹ 4, pour couvrir les besoins de financement et d'accompagnement à court et moyen terme, en dépendance totale ou partielle.

Vous choisissez le montant du capital qui vous convient, **de 5 000 € à 30 000 €**, par tranche de 5 000 €.

Ce capital permet de prendre en charge les premières dépenses liées à votre maintien à domicile comme l'aménagement de votre habitation ou le recours à une aide à domicile.

En cas de décès avant la reconnaissance de l'état de dépendance, un capital décès de 10 % du capital dépendance souscrit est versé à vos ayants droit.

Les proches aidants bénéficient par ailleurs de solutions d'information, d'orientation et d'accompagnement.

2 > RENTE DÉPENDANCE

Le contrat Rente Dépendance associe le versement d'une rente mensuelle viagère à des garanties d'assistance, pour couvrir les besoins de financement et d'accompagnement à court et moyen terme, notamment pour le maintien à domicile ou le placement en institution spécialisée. **Le contrat intervient dès la reconnaissance de l'état de dépendance en GIR¹ 3.**

Vous choisissez le montant de rente qui vous convient, **de 100 € à 3 000 € par mois**, par tranche de 100 €.

En cas de décès avant la reconnaissance de l'état de dépendance, un capital décès représentant 10 % de la rente annuelle souscrite est versé à vos ayants droit.

Le contrat prévoit par ailleurs un capital de 2 000 € en cas de reconnaissance de l'état de dépendance des parents de l'assuré (à partir du GIR¹ 3) et un capital "repos de l'aidant" de 60 € par jour en option, dans la limite de 10 jours par an.

Des services d'assistance sont également inclus.

¹ GIR (Groupe Iso-Ressources) : voir lexique.

À RETENIR

- Il est possible de souscrire l'une de ces offres jusqu'à 75 ans.
- Les garanties sont acquises dès le 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation médicale et les cotisations sont remboursées si la dépendance survient entre la souscription et l'ouverture des droits à prestations.
- Les prestations sont versées sans limite d'âge ni de durée.
- Les cotisations n'évoluent ni avec l'âge, ni avec l'état de santé. Vérifiez directement leur montant auprès de Malakoff Humanis.

QU'EST-CE QUE LA DÉPENDANCE ?

L'état de dépendance est reconnu lorsque les critères suivants sont remplis :

- être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ;
- être incapable de se livrer à la moindre activité ;
- bénéficier de l'allocation tierce personne de la Sécurité sociale.

La grille AGGIR (Autonomie gérontologie groupe iso-ressources) classe en catégories le degré de dépendance.

Les personnes classées en GIR¹ 1 ou 2 sont reconnues en état de dépendance totale et bénéficient de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie). Les personnes classées en GIR¹ 3 ou 4 sont reconnues en état de dépendance partielle.

À RETENIR

- Pour plus d'informations sur les offres Dépendance, rapprochez-vous de Malakoff Humanis :
- Par téléphone au 02 41 20 27 57



LES DISPOSITIFS DE SOLIDARITÉ



Safran a souhaité créer un ensemble de dispositifs de solidarité au bénéfice de ses salariés, de ses retraités et de leurs ayants droit concernés par Ma Prévoyance by Safran. Cet ensemble, géré au sein d'une commission spécifique nommée Commission Degré Elevé de Solidarité, se compose de trois dispositifs: le fonds de solidarité, le fonds social et l'aide aux aidants.

1 > LE FONDS DE SOLIDARITÉ

Le fonds de solidarité a été mis en place afin d'organiser la solidarité intergénérationnelle entre les salariés en activité et les retraités du Groupe ayant adhéré au régime d'accueil Safran. Il permet d'aider les retraités en allégeant de manière pérenne leurs cotisations Frais de santé, en fonction de leur niveau de revenu

Le fonds est alimenté par le prélèvement d'une cotisation salariale de 0,08 % du plafond de la Sécurité sociale. Les modalités de fonctionnement du fonds de solidarité sont décrites dans la brochure dédiée au régime Frais de santé des retraités que vous pouvez consulter sur le site www.maprevoyancebysafran.fr (code SAFRANPREV09).

2 > LE FONDS SOCIAL

LES MISSIONS DU FONDS SOCIAL

Le fonds social a deux principales missions:



La prise en charge de certaines dépenses liées à votre santé lorsqu'elles entraînent des difficultés financières.



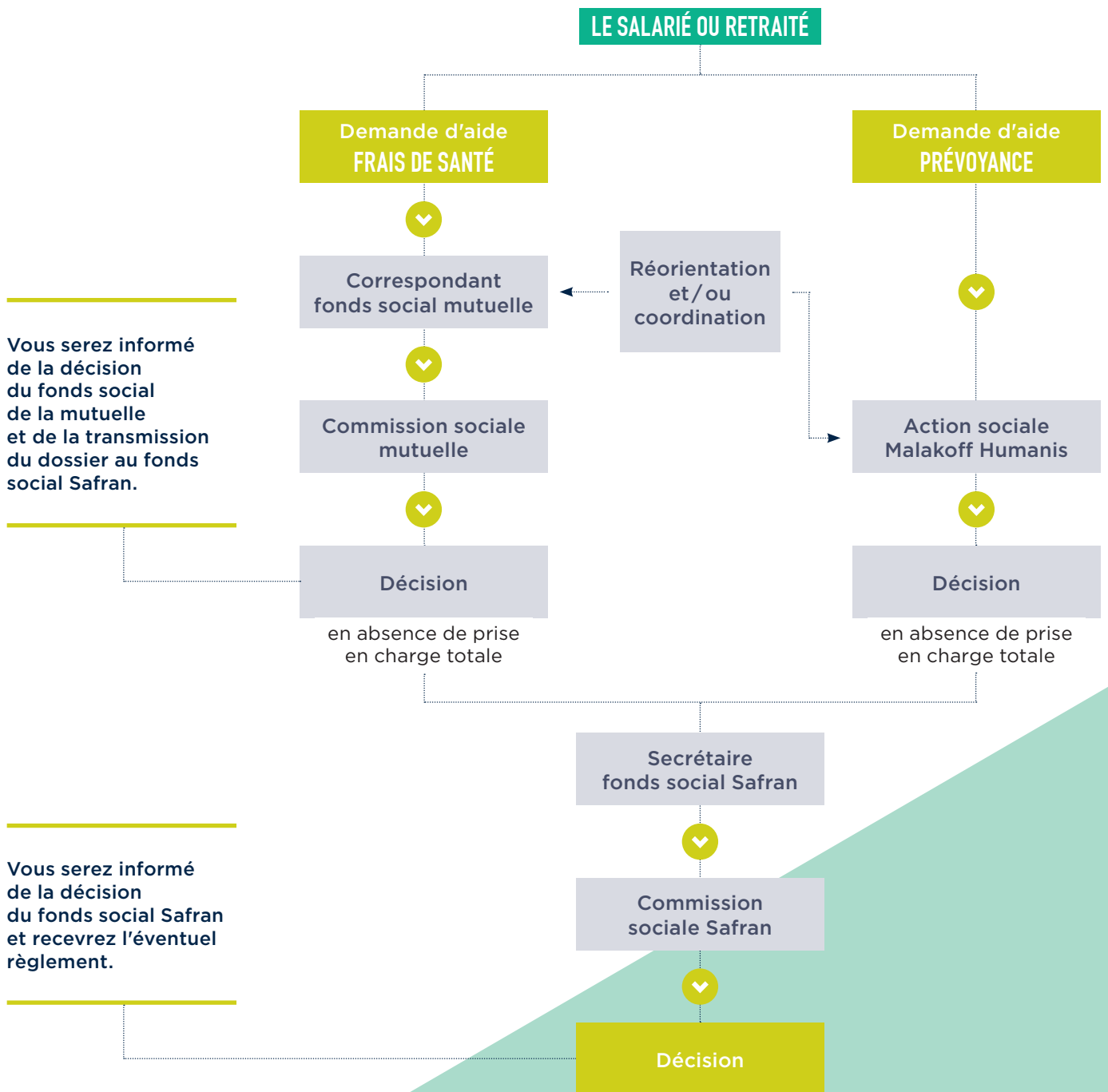
La conduite d'actions de prévention et d'éducation à la santé au sein de l'entreprise.

Une commission sociale est constituée afin d'instruire les demandes de secours et de décider des actions à conduire. La gestion financière du fonds est confiée à Harmonie Mutuelle Groupe VYV. Les demandes d'aide sont à formuler auprès de votre mutuelle gestionnaire qui se chargera, après avoir examiné les possibilités d'intervention de son propre fonds social, de constituer un dossier destiné à la commission sociale de Safran.

Le fonds est alimenté chaque année, si les résultats le permettent, par l'affectation d'un pourcentage du solde créditeur global des régimes de Ma Prévoyance by Safran.

➤ Pour plus de détails, consultez la rubrique "fonds social" du site www.maprevoyancebysafran.fr.

LE TRAITEMENT DES DEMANDES D'AIDE MODE D'EMPLOI



3 > L'AIDE AUX AIDANTS

Dès qu'un proche manifeste des signes de difficulté dans sa vie quotidienne, qu'il s'agisse d'une maladie, d'un début de dépendance liée à l'âge ou d'une situation de handicap, la première action consiste à chercher un accompagnement de qualité pour vous et votre famille. Les structures vers lesquelles se tourner sont nombreuses et il est souvent difficile de s'y retrouver seul.

Pour pallier ces difficultés, le régime de prévoyance est enrichi d'une offre "Aide aux aidants", afin de prendre en compte la situation des collaborateurs et des retraités qui accompagnent au quotidien un proche malade ou en situation de handicap. Ce dispositif, appelé "MyPrevention", a été créé sur-mesure pour Safran, dans le cadre d'un partenariat entre Diot-Siaci et Malakoff Humanis Prévoyance. Entièrement financé par les excédents du régime de prévoyance mis en réserve depuis 2009, il est effectif depuis le 1^{er} novembre 2018.

QUI EN BÉNÉFICIE ?

L'ensemble des salariés et des retraités du Groupe adhérant au régime d'accueil de Safran bénéficie de l'offre "Aide aux aidants" en cas de perte d'autonomie de leurs parents, enfants et/ou conjoint.

LES SERVICES



Services

- Plateforme d'écoute, d'assistance et d'orientation de l'aidant
- Formation de l'aidant
- Annuaire sanitaire et social
- Plateforme digitale d'informations sur les aidants et les aidés



Prévention

- Bilan de prévention autonomie
- Bilan de prévention mémoire
- Bilan de prévention des risques cardiovasculaires
- Réseau d'ostéopathes ouvert à l'aidant
- Bilan de l'activité physique de l'aidant et bilan médico-psycho-social



Assistance

- Prestations de téléassistance
- Prestations d'assistance en complément de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de la Prestation compensatoire du handicap (PCH)
- Prestations d'assistance pour pallier l'absence de l'assuré aidant en cas de déplacement professionnel impératif non planifié
- Garde d'un proche parent aidé (à partir de GIR¹ 4)/handicapé en cas d'hospitalisation imprévue de l'assuré, de son conjoint ou de leurs enfants
- Garde du proche parent aidé et bilan de situation en cas de décès de l'assuré aidant
- Solutions de répit pour l'aidant



Soutien

- Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique
- Soutien administratif au domicile du proche parent aidé en cas d'éloignement géographique de l'assuré aidant
- Soutien psychologique
- Accompagnement du deuil
- Accompagnement du handicap

¹ GIR (Groupe Iso-Ressources) : voir lexique.



Hébergement

- Aide à la recherche d'établissements temporaires (à partir de GIR¹ 4)
- Accompagnement à la recherche et à l'entrée en structure d'accueil adaptée pour personnes âgées
- Comparateur d'établissements pour personnes âgées, conseils et informations sur les solutions de financement
- Assistance le jour du départ en établissement pour personnes âgées



Maintien à domicile

- Aménagement du domicile de l'assuré devenu dépendant/handicapé
- Assistance pour la recherche et la mise en œuvre de prestations d'ergothérapeute et accompagnement dans la réalisation des travaux
- Plateforme d'appel pour l'intermédiation dans la recherche de services à la personne pour le maintien à domicile



Répit de l'aidant

- Faciliter l'accès au répit des aidants en les accompagnant dans leurs projets de vacances (répit accompagné ou non par leur proche aidé)

VOS CONTACTS

POUR PLUS D'INFORMATIONS

- Installez l'application mobile :

1. Téléchargez l'**application mobile MyPrevention**, disponible sur l'App Store (renommée MyP-Vivinter) et sur Google Play ;
2. À partir de l'écran de Bienvenue, cliquez sur « **créez un compte** » en bas de la page ;
3. Lorsque cela vous est demandé, **scannez le QR code** ci-contre afin de bénéficier des services d'aide aux aidants qui vous sont spécifiques.



- En cas de difficulté de connexion avec l'application ou en cas de question sur les services proposés, contactez la plateforme téléphonique au **01 41 61 23 88** (coût d'un appel local)
- Rendez-vous sur le site **www.maprevoyancebysafran.fr** (Code SAFRANPREV09)



LEXIQUE

A

ACCÈS DIRECT SPÉCIFIQUE

L'accès direct à certains spécialistes est une facilité réservée aux patients qui ont déjà déclaré un médecin traitant à la Sécurité sociale. Elle leur permet d'accéder directement à certains soins d'ophtalmologie, de gynécologie et de psychiatrie, sans minoration de leurs remboursements par la Sécurité sociale. Dans le cas contraire, les mêmes consultations sont prises en charge au niveau d'une consultation de spécialiste "hors parcours de soins".

AFFECTION LONGUE DURÉE

Affection dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, et pour laquelle le ticket modérateur est supprimé. La liste de ces affections longue durée dites "exonérantes" ("ALD 30") est fixée par décret.

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Sous le vocable "auxiliaires médicaux" sont regroupés kinésithérapeutes, infirmiers, podologues, orthophonistes, orthoptistes. Ils ont tous le même taux de remboursement et ne pratiquent généralement pas de dépassement d'honoraires.

AYANTS DROIT

Membres de la famille (conjoint, concubin, enfants...) couverts par le régime Frais de santé Safran.

B

BASE DE REMBOURSEMENT

La Sécurité sociale définit pour chaque type de prestation de santé une Base de remboursement (BR) qui sert de référence pour le calcul de ses remboursements et la plupart des remboursements du régime Frais de santé Safran. La part de la Base de remboursement non prise en charge par la Sécurité sociale est le ticket modérateur.

C

CONJOINT

Sont assimilés au conjoint marié :

- le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- le concubin, sur déclaration sur l'honneur du salarié et si la vie commune peut être prouvée sous la forme d'un justificatif d'un domicile commun.

CONTRAT RESPONSABLE

Il doit répondre à un certain nombre d'obligations légales (prise en charge intégrale du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, du ticket modérateur pour certaines consultations et actes, de deux prestations liées à la prévention...) et d'interdictions (absence de prise en charge de la participation forfaitaire d'1€, limitation à une paire de lunettes tous les 2 ans, limitation du remboursement de la monture des lunettes à 100€ maximum par équipement, plafonnement des remboursements des dépassements d'honoraires de consultation de médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

CONVENTIONNÉ

Acte médical ou chirurgical reconnu par la Sécurité sociale et remboursé par celle-ci selon un pourcentage établi. Se dit aussi d'un praticien qui a signé une convention avec la Sécurité sociale concernant le montant des honoraires qu'il applique pour ses soins.

D**DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ**

Dispositif institué par la Convention Collective Nationale de la Métallurgie (accord du 7 février 2022 et son avenant du 1^{er} Juillet 2022). Prestations présentant un degré élevé de solidarité, pouvant prendre la forme d'une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains assurés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale.

E**ENFANTS À CHARGE POUR LE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ**

Sont ayants droit les enfants du salarié et ceux de son conjoint (ou assimilé) qui :

- sont à charge au sens de la Sécurité sociale et vivent au foyer ;
- sont étudiants à plein temps et âgés de moins de 26 ans ;
- sont en apprentissage (ou équivalent) et âgés de moins de 26 ans ;
- sont demandeurs d'emploi et âgés de moins de 26 ans même s'ils exercent une activité associative telle qu'un contrat de service civique ;
- sont handicapés, quel que soit leur âge et dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité rémunérée, et perçoivent à ce titre des allocations, y compris les enfants handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %, s'ils justifient d'une rémunération inférieure au SMIC.

F**FORFAIT JOURNALIER**

Part du prix de journée d'hospitalisation qui n'est jamais prise en charge par la Sécurité sociale. Le forfait journalier est en totalité à la charge de l'assuré social. Son montant est fixé par arrêté.

FRAIS RÉELS

Dépense réelle engagée. La somme des remboursements des organismes obligatoires et ceux des complémentaires ne peut en aucun cas dépasser les frais réels.

FRANCHISE MÉDICALE

La franchise est une somme qui est déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Le montant de la franchise est de 0,50 € par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple), 0,50 € par acte paramédical et de 2 € par transport sanitaire. La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

Toutes les personnes sont concernées par la franchise, sauf les enfants et les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'Aide médicale de l'État (AME), les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité (les examens obligatoires et la période d'exonération du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse au 12^e jour après l'accouchement).

G**GIR OU GROUPES ISO-RESSOURCES**

Il existe 6 GIR ou groupes iso-ressources qui constituent un classement de personnes selon leur état de dépendance, le groupe 1 présentant le plus fort niveau de dépendance et le groupe 6 le plus faible.

Cette appréciation est opérée par l'équipe médico-sociale du département, sur la base de la grille Aggir. Le classement en GIR 1 à 4 conditionne en principe le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui est une prestation d'aide sociale versée par le département pour compenser la perte d'autonomie.

M**MÉDECIN CONVENTIONNÉ SECTEUR 1**

Applique le tarif conventionnel (la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale) et n'est pas autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires, sauf en cas de demande particulière du patient.

MÉDECIN NON CONVENTIONNÉ

N'a pas signé de convention avec la Sécurité sociale et fixe librement ses tarifs. Ses honoraires sont remboursés par la Sécurité sociale et par le régime Frais de santé sur la base d'un tarif d'autorité, très inférieur aux bases de remboursement des médecins conventionnés.

O

OPTAM - OPTAM-CO

L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens) est un contrat signé entre la Sécurité sociale et les médecins. Des praticiens de secteur 1 peuvent aussi, sous certaines conditions, y adhérer. Le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ne fait l'objet d'aucune limitation par le décret. Les médecins adhérents s'engagent à ne pas augmenter leurs honoraires libres durant trois ans et à effectuer une partie de leurs consultations aux tarifs conventionnés. Non seulement les patients ont accès à des honoraires libres "gelés" pendant trois ans, mais ils sont mieux remboursés par la Sécurité sociale.

P

PARCOURS DE SOINS

Tous les bénéficiaires d'une couverture maladie sont invités, à partir de 16 ans, à choisir un médecin traitant qui leur permet de s'inscrire dans un parcours de soins coordonnés. Ce parcours tend à rationaliser les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré. Le respect de ce dispositif conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé par la Sécurité sociale.

Dans les situations d'urgence et lorsque l'assuré se trouve éloigné de sa résidence habituelle, il peut consulter un médecin autre que son médecin traitant sans risque de minoration de ses remboursements.

À savoir : les chirurgiens-dentistes ne sont pas concernés par le parcours de soins. Ils peuvent être consultés directement : la prise en charge de leurs soins est invariable, que le patient ait un médecin traitant ou non.

PARTICIPATION FORFAITAIRE D'1 EURO

Depuis le 1^{er} janvier 2005, une participation d'1€ est demandée aux assurés de plus de 18 ans pour chaque consultation, examen ou analyse.

PHARMACIE

Les médicaments sont remboursés par la Sécurité sociale à 100% (médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux), à 65% (médicaments à service médical rendu majeur et important), à 30% (médicaments à service médical rendu modéré et médicaments homéopathiques), à 15% (médicaments à service médical faible) ou ne sont pas pris en charge.

PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PMSS)

Valeur servant de base de calcul à la Sécurité sociale (soit 3 864 € en 2024). Elle est utilisée pour définir le montant de certaines prestations, exprimées en pourcentage de PMSS.

T

TICKET MODÉRATEUR

Part de la Base de remboursement non prise en charge par la Sécurité sociale, qui doit être remboursée par les régimes Frais de santé complémentaires.

Par exemple, la Base de remboursement de la Sécurité sociale est de 26,50 € pour la consultation d'un médecin généraliste adhérent OPTAM. La Sécurité sociale prend en charge 70% de ce montant.

Le ticket modérateur (ou TM) est de 30% de 26,50 € (soit 7,95 €).

MUTUELLES GESTIONNAIRES

| MUTUELLE | ADRESSE | TÉLÉPHONE |
|--------------------------|---------------------------------------|----------------|
| HARMONIE MUTUELLE | TSA 30 154 31 151 FENOUILLET CEDEX | 09 80 98 01 09 |
| LA MUTUELLE FAMILIALE | TSA 70 167 31 151 FENOUILLET CEDEX | 01 72 19 31 93 |
| OCIANE MATMUT | TSA 90 160 31 151 FENOUILLET CEDEX | 05 57 22 23 24 |
| MFTGS | TSA 50 165 31 151 FENOUILLET CEDEX | 09 69 39 08 90 |
| MFTSV | TSA 10 161 31 151 FENOUILLET CEDEX | 09 69 39 08 90 |
| MHV | TSA 40 164 31 151 FENOUILLET CEDEX | 05 49 21 99 42 |
| MUT'EST | TSA 60 166 31 151 FENOUILLET CEDEX | 09 69 32 67 68 |
| MUTAERO | TSA 30 163 31 151 FENOUILLET CEDEX | 09 69 39 08 90 |
| SMPS | TSA 20 162 31 151 FENOUILLET CEDEX | 09 69 39 08 90 |



**POWERED
BY TRUST**

SAFRAN

2, boulevard du Général Martial-Valin
75 724 Paris Cedex 15 - France
www.safran-group.com

