

GUIDE DE VOTRE COMPLEMENTAIRE SANTE ET PREVOYANCE

Restauration Collective

VOS GARANTIES

AU 1^{er} JANVIER 2020

Employés et Agents de Maîtrise non art.36



sodexo
SERVICES DE QUALITÉ DE VIE

PRÉAMBULE

Madame, Monsieur,

SODEXO France vous fait bénéficier d'une couverture mutuelle et prévoyance pour mieux vous protéger vous et votre famille.



Nous avons élaboré, en partenariat avec nos organisations syndicales représentatives un régime de couverture sociale le plus équitable et efficace possible. Ce régime complète les remboursements de la Sécurité Sociale avec une prise en charge d'une partie de votre cotisation, par l'entreprise.

Pour vous garantir l'accès à des soins de qualité, votre couverture complémentaire d'entreprise vous offre :

- Trois formules de mutuelle à choisir en fonction de vos besoins,
- L'accès identique aux mêmes garanties quel que soit votre statut,
- Des garanties innovantes permettant de réduire votre reste à charge (après remboursement de la Sécurité Sociale), particulièrement pour vos dépenses dentaires et optiques selon la formule choisie,
- La possibilité de bénéficier du Tiers-Payant et des tarifs négociés et avantageux grâce à notre réseau partenaire Santéclair.

Pour vous assurer des prestations de qualité, la Direction de Sodexo France et les Organisations Syndicales assurent le suivi et le contrôle de notre régime de protection sociale.

Vous trouverez dans ce guide, toutes les informations pratiques concernant les nouvelles garanties, prestations et services proposés en 2020.

Bien cordialement,

François REBEIX
Directeur des Ressources Humaines France

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'FRANÇOIS REBEIX'.

SOMMAIRE

Introduction	03
Nouvelles garanties Frais de Santé	04
Choix et modification de votre option Frais de Santé	05
Détail des garanties Frais de Santé	06
Détail des garanties dentaires et optiques Option 1 et 2 Santéclair	09
Services Santéclair	13
Comprendre mes remboursements	15
Exemples de remboursement	16
La réglementation	18
La Téléconsultation	19
Carte de Tiers-Payant	20
La Télétransmission	21
Votre espace Web	22
Votre application mobile	24
Pièces à fournir Frais de Santé	25
Garanties Prévoyance	27
Modalités Prévoyance	28
Arrêts de travail	29
Pièces à fournir Prévoyance	30
Nous Contacter	31

INTRODUCTION



Votre nouveau contrat :

Vous bénéficiez d'un contrat Frais de Santé et Prévoyance souscrit auprès du **Groupe AGEO**.

Le centre de gestion AGEO a créé une cellule dédiée SODEXO Mutuelle exclusivement réservée aux salariés.

SODEXO Mutuelle se tient à votre écoute :

Du lundi au vendredi de 6h00 à 20h00

Le samedi de 9h30 à 17h30.



Plus d'infos ?
www.sodexomutuelle.fr

Vos gestionnaires dédiées :

Remboursement :

Une équipe spécialement dédiée à la gestion de vos remboursements :

- › **Mme Karine ARNOULD**
- › **Mme Astrid ROCHE**
- › **Mme Manon CARRE**
- › **Mme Noémie PLANCON**
- › **Mme Ilhame TAMZAOURTE**

Téléphone : **03 26 26 91 88**
E-mail : sodexomutuelle@ageo.fr

Gestion de votre dossier :

Une équipe spécialement dédiée à la gestion de votre dossier (changements d'option, ajout / suppression d'ayants droit, changement d'adresse, de RIB) :

- › **Mme Virginie DUTAT**
- › **Mme Anissa BOUCHAMA**
- › **Mme Charlène RE**

Téléphone : **03 26 26 91 88**
E-mail : sodexomutuelle@ageo.fr

Le 100% santé :

A compter du 1^{er} janvier 2020, avec le «100% Santé», tous les salariés du groupe Sodexo pourront bénéficier d'offres en optique, dentaire et audioprothèses, sans reste à charge, quelque soit leur formule d'adhésion.

Tous les professionnels de santé devront obligatoirement proposer des offres sans reste à charge, accompagnées systématiquement de devis, via le contrat responsable.

Nous contacter :

Afin de garantir la rapidité de traitement de vos e-mails et de vos appels téléphoniques, vous disposez d'une adresse e-mail et d'un numéro de téléphone unique attribué à votre entreprise :

Téléphone : **03 26 26 91 88**

Fax : **03 26 26 22 45**

E-mail : sodexomutuelle@ageo.fr

Adresse :
Groupe AGEO - Cellule SODEXO
TSA 30011
51049 Châlons en Champagne Cedex

Service Qualité et Réclamations :

Téléphone : **03 26 26 24 63**
E-mail : service.reclamation@ageo.fr

Certification :

Votre centre de gestion AGEO est certifié ISO 9001 depuis 2001.



Délais de traitement :

- › Prise en charge hospitalière : **48 heures**
- › Adhésion ou radiation : **72 heures**
- › Remboursement des frais médicaux, réédition des cartes de Tiers-Payant : **48 heures**
- › Validation des télétransmissions : **10 jours**

NOUVELLES GARANTIES

Frais de Santé

Votre mutuelle (obligatoire) :

Le Groupe AGEO est le gestionnaire de votre contrat Frais de Santé et Prévoyance.

Caractère obligatoire de l'adhésion :

L'adhésion au régime des salariés visés à l'article 2.1., est obligatoire.

Elle résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives des salariés de l'entreprise. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Vos garanties 2020 :

Salarié :

Socle de Base	Option 1	Option 2
---------------	----------	----------

Ayants droit :

Socle de Base	Option 1	Option 2
---------------	----------	----------

 Obligatoire

 Facultatif

Vos ayants droit (facultatif) :

Vos proches considérés comme ayants droit peuvent aussi bénéficier de ce régime moyennant le paiement de la cotisation correspondante :

- Votre conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité Sociale (conjoint marié, pacsé ou concubin).
- Vos enfants et ceux de votre conjoint :
 - s'ils sont à votre charge au sens de la Sécurité Sociale* et s'ils sont âgés de moins de 20 ans,
 - s'ils sont âgés de moins de 28 ans et s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - être affilié au régime de la Sécurité Sociale des étudiants,
 - suivre une formation en alternance ou être en contrat d'apprentissage,
 - être à la recherche d'un premier emploi, inscrit au Pôle Emploi et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois.
 - vos 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,
 - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire.
- Vos ascendants et ceux de votre conjoint à votre charge au sens de la Sécurité Sociale*.

* Personne ouvrant droit aux prestations familiales, résidant en France à la charge de l'assuré ou de son conjoint (pour les enfants : qu'il soit légitime, naturel, reconnu ou non, adoptif, pupille de la nation dont l'assuré est tuteur, ou enfant recueilli).



CHOIX ET MODIFICATION

Frais de Santé

Le changement d'option :

Les salariés peuvent modifier à la hausse comme à la baisse leurs niveaux de garanties.

En principe, le passage d'une option à une autre sera effectif sous un délai de 6 mois, sous réserve que l'adhérent principal soit toujours à l'effectif le jour de la modification effective.

Après chaque modification d'option, un délai de vingt-quatre mois couvert dans un niveau, est nécessaire pour changer à nouveau d'option.

Toutefois, ce changement pourra être effectif dès le 1^{er} du mois suivant celui de la demande, sous réserve de la réception de la demande dans les 60 jours suivant l'évènement, dans les cas suivants :

- Mariage, conclusion d'un pacs, divorce, séparation de corps,
- Naissance ou Adoption,
- Décès d'un ayant droit,
- Perte d'emploi et de sa couverture frais de santé du conjoint, pacsé ou concubin notoire,
- Hospitalisation chirurgicale (de toute nature) à venir

Changement de catégorie de cotisant :

L'ajout d'un ou plusieurs ayant(s) droit sera effectif avec un délai de 6 mois, sous réserve que l'adhérent principal soit toujours à l'effectif le jour de la modification effective.

Toutefois, ce changement pourra être effectif sous réserve de la réception de la demande suivant l'évènement :

Par dérogation, dès le 1^{er} du mois suivant celui de la demande, dans les cas suivants :

- Mariage,
- Rattachement du conjoint ou pacsé, ou concubin notoire, qui a perdu son emploi et son régime frais de santé

Par dérogation, dès le jour de l'évènement, dans les cas suivants : Naissance ou adoption.

La radiation d'un ou plusieurs ayant(s) droit est possible au 1^{er} jour du mois suivant celui de la demande, sans justification.

GARANTIES

Frais de Santé

En fonction de votre besoin de couverture, vous pouvez choisir d'adhérer à l'option 1 ou à l'option 2

Les remboursements sont complémentaires à ceux effectués par la Sécurité Sociale dans les limites suivantes et dans le respect des dispositions des contrats responsables	SOCLE DE BASE	OPTION 1	OPTION 2
MEDECINE COURANTE			
Honoraire médicaux : Consultations et visites médecins généralistes	Médecins ayant adhéré à l'OPTAM	100 % BR - MR	150 % BR
	Médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM		100 % BR
Honoraire médicaux : Consultations et visites médecins spécialistes	Médecins ayant adhéré à l'OPTAM	100 % BR - MR	150 % BR
	Médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM		100 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie	Médecins ayant adhéré à l'OPTAM	100 % BR - MR	150 % BR
	Médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM		100 % BR
Actes d'imagerie, échographie et doppler	Médecins ayant adhéré à l'OPTAM	100 % BR - MR	150 % BR
	Médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM		100 % BR
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, ...	100 % BR - MR	100 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR - MR	100 % BR	200 % BR
Médecine non conventionnelle séances d'ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, étiopathie ou homéopathie (1), non remboursées par la Sécurité Sociale (par année civile et par bénéficiaire) dans la limite de :	30 €	40 € par séance dans la limite de 2 séances	40 € par séance dans la limite de 4 séances
PREVENTION			
Vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale et prescrits par un médecin, dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché, dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de :	-	100 % FR	100 % FR
Ensemble des actes de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale	100 % BR - MR	100 % BR - MR	100 % BR - MR
Substituts nicotiniques pris en charge ou non par la Sécurité Sociale, dans la limite annuelle	30 €	50 €	50 €
Test ADN Dépistage trisomie 21 (un test par grossesse en cas de risque de trisomie supérieure ou égal à 1/250 par an et par bénéficiaire)	600 €	600 €	600 €
SEANCES D'ACTIVITE PHYSIQUE EN CAS D'AFFECTION LONGUE DUREE			
Séances activité physique en cas d'affection longue durée, par an et par bénéficiaire	200 €	200 €	200 €
FRAIS DE TRANSPORT			
Frais de transport	100 % BR - MR	100 % BR	100 % BR
MEDICAMENTS			
Médicaments	100 % BR - MR	100 % BR - MR	100 % BR - MR

GARANTIES

Frais de Santé

En fonction de votre besoin de couverture, vous pouvez choisir d'adhérer à l'option 1 ou à l'option 2

Les remboursements sont complémentaires à ceux effectués par la Sécurité Sociale dans les limites suivantes et dans le respect des dispositions des contrats responsables	SOCLE DE BASE	OPTION 1	OPTION 2		
DENTAIRE					
DANS LE PANIER DE SOINS 100% SANTE					
Soins et Prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé sans reste à charge pour l'assuré		Remboursement Intégral dans la limite des HLF*			
HORS PANIER DE SOINS 100% SANTE***					
Consultations, soins courants, radiologie et chirurgie	100 % BR - MR	Garanties dentaire Santéclair option 1 (Voir page 9)	Garanties dentaire Santéclair option 2 (Voir page 10)		
Prothèses et orthodontie prises en charge par la Sécurité Sociale	100 % TM + 25 % BR				
OPTIQUE - Renouvellement verres et monture selon dispositions réglementaires****					
DANS LE PANIER DE SOINS 100% SANTE					
Verres de Classe A (la paire)		Remboursement Intégral dans la limite des PLV**			
Monture de Classe A		Remboursement Intégral dans la limite des PLV**			
Prestations d'appairage		Remboursement Intégral dans la limite des PLV**			
HORS PANIER DE SOINS 100% SANTE					
Verres (adulte et enfant)					
2 verres simples Classe B	100 € - MR	Garanties optique Santéclair option 1 (Voir page 11)	Garanties optique Santéclair option 2 (Voir page 12)		
2 verres complexes Classe B	200 € - MR				
2 verres très complexes Classe B	200 € - MR				
Monture Classe B					
Adulte	100 € - MR	Garanties optique Santéclair option 1 (Voir page 11)	Garanties optique Santéclair option 2 (Voir page 12)		
Enfant	100 € - MR				
En cas de choix d'une monture en Classe A et de Verres en Classe B, le prix de la monture sera de 30 € maximum					
Lentilles de contact correctrices prises en charge par la Sécurité Sociale	100 % BR - MR				
MATERIEL MEDICAL : APPAREILLAGES ET PROTHESES DIVERSES					
Appareillages et prothèses diverses (hors prothèses dentaires et auditives). Cette garantie est au minimum égale à 100 % du Ticket Modérateur	100 % BR - MR	350 % BR	25 % PMSS		
Aides auditives jusqu'au 31 12 2020. Cette garantie est au minimum égale à 100 % du Ticket Modérateur	100 % BR - MR	20 % PMSS	25 % PMSS		
DANS LE PANIER DE SOINS 100% SANTE A PARTIR DU 01 01 2021					
Aides auditives de classe 1 - Renouvellement tous les 4 ans		Remboursement Intégral dans la limite des PLV**			
HORS PANIER DE SOINS 100% SANTE A PARTIR DU 01 01 2021					
Aides auditives de classe 2 à prix libre - Renouvellement tous les 4 ans	100 % BR - MR (maxi 1700 € / oreille tous les 4 ans y compris RO)	20 % PMSS (maxi 1700 € / oreille tous les 4 ans y compris RO)	25 % PMSS (maxi 1700 € / oreille tous les 4 ans y compris RO)		

GARANTIES

Frais de Santé

Les remboursements sont complémentaires à ceux effectués par la Sécurité Sociale dans les limites suivantes et dans le respect des dispositions des contrats responsables	SOCLE DE BASE	OPTION 1	OPTION 2
MATERIEL MEDICAL : APPAREILLAGES ET PROTHESES DIVERSES			
Appareillages et prothèses diverses (hors prothèses dentaires et auditives). Cette garantie est au minimum égale à 100 % du Ticket Modérateur	100 % BR - MR	350 % BR	25 % PMSS
Aides auditives jusqu'au 31 12 2020. Cette garantie est au minimum égale à 100 % du Ticket Modérateur	100 % BR - MR	20 % PMSS	25 % PMSS
DANS LE PANIER DE SOINS 100% SANTE A PARTIR DU 01 01 2021			
Aides auditives de classe 1 - Renouvellement tous les 4 ans	Remboursement Intégral dans la limite des PLV**		
HORS PANIER DE SOINS 100% SANTE A PARTIR DU 01 01 2021			
Aides auditives de classe 2 à prix libre - Renouvellement tous les 4 ans	100 % BR - MR (maxi 1700 € / oreille tous les 4 ans y compris RO)	20 % PMSS (maxi 1700 € / oreille tous les 4 ans y compris RO)	25 % PMSS (maxi 1700 € / oreille tous les 4 ans y compris RO)
HOSPITALISATION			
Frais de séjour, hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétricale (établissement public ou privé)	Conventionné Non conventionné	100 % BR - MR	100 % FR - MR dans la limite de 500 % BR
			90 % FR - MR dans la limite de 100 % BR
Honoraires médecins	Médecins ayant adhéré à l'OPTAM Médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM	100 % BR - MR	100 % FR - MR dans la limite de 200 % BR
			100 % BR
Forfait journalier		100 % du forfait	100 % du forfait
Chambre particulière (exclusion ambulatoire) y compris maternité, (par jour)		-	2,5 % PMSS
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans ou parents de plus de 70 ans (par jour)		-	2 % PMSS
Autres actes pris en charge par la Sécurité Sociale		100 % BR - MR	100 % BR - MR
CURES THERMALES			
Frais médicaux, les frais de séjour et les frais de transport		-	15 % PMSS (2)
MATERNITE			
Forfait. La prestation est doublée en cas de naissance multiple. Au-delà du 5ème jour, les frais sont pris en charge au titre de l'hospitalisation		-	20 % PMSS
OBSEQUES			
En cas de décès d'un bénéficiaire (conjoint, concubin, pacsé, enfant à charge), nous remboursions à la personne qui a acquitté la facture des frais d'obsèques (limité aux Frais Réels), et nous mettons à disposition un service d'information par téléphone sur les démarches et formalités à accomplir en cas de décès		50 % PMSS	50 % PMSS
			100 % PMSS

* HLF : Honoraires Limites de Facturation

** PLV : Prix Limite de Vente

*** Les garanties "Soins" et Prothèses dentaires sont limitées aux HLF dans le Panier RAC Maîtrisé

**** LIMITE DE CONSOMMATION (sauf changement du défaut visuel pour les adultes) : 1 équipement tous les 2 ans pour les adultes à partir de 16 ans et 1 équipement par an pour les enfants, ramené à 6 mois pour les enfants de 0 à 6 ans sous conditions

1 - Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.

Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropracticiens ou par un Institut en France agréé par l'Union Européenne de chiropracticiens et être membres de l'Association Française de Chiropractique (AFC).

Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Les éthiopathes doivent être inscrits sur le registre National des Ethiopathes.

2 - Plafonnement de la garantie des médecins non adhérents à l'OPTAM à TM + 100% BR

GARANTIES DENTAIRE

Santéclair Option 1

DENTAIRE		GARANTIES DANS LE RÉSEAU DE DENTISTES PARTENAIREES (avec BONUS)	GARANTIES HORS RÉSEAUX
<p>* HLF : Honoraires Limites de Facturation ** Les garanties "Soins" et Prothèses dentaires sont limitées aux HLF dans le Panier RAC Maîtrisé</p>		En complément du montant remboursé par le Régime Obligatoire dans la limite de :	En complément du montant remboursé par le Régime Obligatoire dans la limite de :
DENTAIRE			
DANS LE PANIER DE SOINS 100% SANTE			
Soins et Prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé sans reste à charge pour l'assuré		Remboursement Intégral dans la limite des HLF*	
HORS PANIER DE SOINS 100% SANTE **			
PROTHÉSES	Couronne ou inter de bridge (p.e.c ou non par le RO) sur incisives, canines jusqu'à la seconde prémolaire	Dents 1 à 5	456 €
	Couronne ou inter de bridge (p.e.c ou non par le RO) sur les autres, dents molaires et dents « de sagesse »	Dents 6 à 8	406 €
	Couronne sur implant ou inter de bridge sur implant		550 €
	Bridge 3 éléments		1 195 €
	Couronne transitoire (y compris provisoire sur implant)		40 €
	Inlay Core pris en charge par le RO		110 €
	Appareil amovible définitif pris en charge par le RO y compris prothèse complète transvissée implantoportée	820 € par appareil	620 € par appareil
	Autres prothèses dentaires prises en charge par le RO (y compris gouttières d'occlusion)	175 % BR	
PLAFOND ANNUEL POUR LES PROTHÉSES DENTAIRES DU PANIER LIBRE ET DU PANIER A RAC MAÎTRISE (y compris les provisoires) : 3 000 € (au-delà de ce plafond, prothèses remboursées à 55 % de la Base de Remboursement)			
SOINS	Soins dentaires pris en charge par le RO (hors Inlays - Onlays)		100 % TM
	Inlays - Onlays		350 €
	Vernis fluoré par dent		5 €
	Test salivaire		80 €
	Actes et Scanner (tomodensitométrie) pré-implantaires (wax up, guide chirurgical)		70 €
	Implant racine	Maximum 2 par an	500 €
	Pilier implantaire	Maximum 2 par an	400 €
	Parodontologie (par an)		490 €
NON PRIS EN CHARGE	Orthodontie : semestre actif pris en charge ou non par le RO		Frais Réels sous déduction du montant remboursé par le RO dans la limite de 600 € par semestre actif
	Orthodontie : contention prise en charge ou non par le RO		Frais réels sous déduction du montant remboursé par le RO dans la limite de 140 € par année de contention
	Orthodontie : autres actes pris en charge par le RO		175 % BR
ORTHODONTIE			

GARANTIES DENTAIRE

Santéclair Option 2

DENTAIRE		GARANTIES DANS LE RÉSEAU DE DENTISTES PARTENAIRE (avec BONUS)	GARANTIES HORS RÉSEAUX
<p>* HLF : Honoraires Limites de Facturation ** Les garanties "Soins" et Prothèses dentaires sont limitées aux HLF dans le Panier RAC Maîtrisé</p>		En complément du montant remboursé par le Régime Obligatoire dans la limite de :	En complément du montant remboursé par le Régime Obligatoire dans la limite de :

DENTAIRE		DANS LE PANIER DE SOINS 100% SANTE	
Soins et Prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé sans reste à charge pour l'assuré		Remboursement Intégral dans la limite des HLF*	
HORS PANIER DE SOINS 100% SANTE **			
PROTHÉSES	Couronne ou inter de bridge (p.e.c ou non par le RO) sur incisives, canines, prémolaires et molaires	Dents 1 à 8	566 €
	Couronne sur implant ou inter de bridge sur implant		625 €
	Bridge 3 éléments		1 470 €
	Couronne transitoire (y compris provisoire sur implant)		63 €
	Inlay Core pris en charge ou non par le RO sur incisives, canines, prémolaires et molaires	Dents 1 à 8	120 €
	Appareil amovible définitif pris en charge par le RO y compris prothèse complète transvisée implantoportée		820 € par appareil
	Autres prothèses dentaires prises en charge par le RO (y compris gouttières d'occlusion)		250 % BR

PLAFOND ANNUEL POUR LES PROTHÉSES DENTAIRES DU PANIER LIBRE ET DU PANIER A RAC MAÎTRISE (y compris les provisoires) : 5 000 € (au-delà de ce plafond, prothèses remboursées à 55 % de la base de remboursement)

SOINS	Soins dentaires p.e.c par le RO (hors Inlay/Onlay)	100 % TM	
	Inlays - Onlays	400 €	200 €
Vernis fluoré par dent		5 €	
Test salivaire		80 €	
Actes et scanner (tomodensitométrie) pré-implantaires (wax up, guide chirurgical)		100 €	
Implant racine	Maximum 3 par an	800 €	600 €
Pilier implantaire	Maximum 3 par an	250 €	200 €
Parodontologie + Endodontie (sur entente préalable) par an		700 €	
NON PRIS EN CHARGE	Orthodontie : semestre actif pris en charge ou non par le RO		Frais réels sous déduction du montant remboursé par le RO dans la limite de 700 € par semestre actif
	Orthodontie : contention prise en charge ou non par le RO		Frais réels sous déduction du montant remboursé par le RO dans la limite de 240 € par année de contention
	Orthodontie : autres actes pris en charge par le RO		250 % BR
ORTHODONTIE			

GARANTIES OPTIQUE

Santéclair Option 1

OPTIQUE	NIVEAU DE DEFAUT VISUEL			GARANTIES DANS LE RESEAU* Par verre (RO inclus)	GARANTIES HORS RESEAU* Par verre (RO inclus)
DANS LE PANIER DE SOINS 100% SANTE					
Un équipement 100% Santé composé de deux verres et d'une monture			0 € de reste à charge sur tous les verres Classe A et monture origine France garantie		0 € de reste à charge sur tous les verres et monture Classe A
HORS PANIER DE SOINS 100% SANTE **					
VERRES ADULTES et ENFANTS	Niveau 101	Simple	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	0 € de reste à charge sur tous les verres et traitements (sauf teinte et photochromie)	60 €
	Niveau 102	Simple	Sphère de -6 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 Sphère de -6 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 Sphère de +4,25 à +6 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 6 Sphère de 0 à +4 et cylindre de 2,25 à 6 et S+C ≤ 6		85 €
	Niveau 103	Complexe	Sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4 Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 Sphère de 0 à +8 et S+C > 6		110 €
	Niveau 104	Complexe	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre		190 €
	Niveau 111	Complexe	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	0 € de reste à charge sur tous les verres et traitements (sauf teinte et photochromie)	150 €
	Niveau 112	Complexe	Sphère de -8 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 Sphère de -8 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 Sphère de +4,25 à +8 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 8 Sphère de 0 à +5,75 et cylindre de 2,25 à 8 et S+C ≤ 8		190 €
	Niveau 113	Hyper Complexe	Sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4 Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 Sphère de 0 à +8 et S+C > 6		230 €
	Niveau 114	Hyper Complexe	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre		280 €
Monture Classe B Adulte et Enfant à partir de 16 ans				100 €	
Monture Classe B Enfant de 0 à 15 ans				100 €	
Lentilles remboursées par le RO				300 € par an (y compris les produits d'entretien) Au-delà du forfait : 100 % TM pour les lentilles acceptées	
Chirurgie réfractive par œil (opération de la myopie, de l'astigmatisme ou de l'hypermétropie)				500 € par œil et par bénéficiaire	

LIMITE DE CONSOMMATION (sauf changement du défaut visuel pour les adultes) : 1 équipement tous les 2 ans pour les adultes à partir de 16 ans et 1 équipement par an pour les enfants, ramené à 6 mois pour les enfants de 0 à 6 ans sous conditions

* Dans la limite des plafonds prévus par l'ANI et des plafonds prévus par le contrat responsable, en fonction des corrections visuelles

GARANTIES OPTIQUE

Santéclair Option 2

OPTIQUE	NIVEAU DE DEFAUT VISUEL			GARANTIES DANS LE RESEAU* Par verre (RO inclus)	GARANTIES HORS RESEAU* Par verre (RO inclus)
DANS LE PANIER DE SOINS 100% SANTE					
Un équipement 100% Santé composé de deux verres et d'une monture			0 € de reste à charge sur tous les verres Classe A et monture origine France garantie		0 € de reste à charge sur tous les verres et monture Classe A
HORS PANIER DE SOINS 100% SANTE **					
VERRES ADULTES et ENFANTS	Niveau 101	Simple	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	0 € de reste à charge sur tous les verres et traitements	70 €
	Niveau 102	Simple	Sphère de -6 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 Sphère de -6 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 Sphère de +4,25 à +6 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 6 Sphère de 0 à +4 et cylindre de 2,25 à 6 et S+C ≤ 6		100 €
	Niveau 103	Complexe	Sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4 Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 Sphère de 0 à +8 et S+C > 6		130 €
	Niveau 104	Complexe	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre		220 €
	Niveau 111	Complexe	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	0 € de reste à charge sur tous les verres et traitements	170 €
	Niveau 112	Complexe	Sphère de -8 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 Sphère de -8 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 Sphère de +4,25 à +8 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 8 Sphère de 0 à +5,75 et cylindre de 2,25 à 8 et S+C ≤ 8		220 €
	Niveau 113	Hyper Complexe	Sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4 Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 Sphère de 0 à +8 et S+C > 6		260 €
	Niveau 114	Hyper Complexe	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre		300 €
Monture Classe B Adulte et Enfant à partir de 16 ans				100 €	
Monture Classe B Enfant de 0 à 15 ans				100 €	
Lentilles remboursées par le RO				300 € par an (y compris les produits d'entretien) Au-delà du forfait : 100 % TM pour les lentilles acceptées	
Chirurgie réfractive par œil (opération de la myopie, de l'astigmatisme ou de l'hypermétropie)				500 € par œil et par bénéficiaire	

LIMITE DE CONSOMMATION (sauf changement du défaut visuel pour les adultes) : 1 équipement tous les 2 ans pour les adultes à partir de 16 ans et 1 équipement par an pour les enfants, ramené à 6 mois pour les enfants de 0 à 6 ans sous conditions

* Dans la limite des plafonds prévus par l'ANI et des plafonds prévus par le contrat responsable, en fonction des corrections visuelles

SERVICES SANTECLAIR

Les avantages du réseau



AGEO vous permet de bénéficier du réseau Santéclair.

Celui-ci vous offre toute une gamme de services pour vous garantir le juste prix sur vos Frais de Santé les plus onéreux. Les avantages de ces services sont :

1

Vous permettre de diminuer vos dépenses de santé

2

Vous assurer des soins de qualité

3

Vous informer et vous conseiller sur les solutions les plus adaptées à vos besoins

SANTECLAIR EN QUELQUES CHIFFRES :



RESEAU OPTIQUE: - 40% 3 000 opticiens partenaires

- Des prix déjà négociés jusqu'à -40 % sur l'intégralité des gammes de verres et traitements de 3 grands verriers,
- Une qualité garantie grâce à la traçabilité des verres,
- 15% de remise sur toutes les montures et sur les autres produits du magasin (solaire, produit d'entretien...),
- Des tarifs négociés sur les lentilles.



RESEAU DENTAIRE : - 20% 2 500 chirurgiens-dentistes et orthodontistes partenaires

- Des honoraires négociés (-15 à -20 %) sur les prothèses, l'implantologie et l'orthodontie,
- Des tarifs privilégiés pour des actes de prévention (parodontologie) et des actes esthétiques,
- Un certificat de traçabilité de vos prothèses dentaires.



RESEAU AUDIOPROTHESE : - 35% 750 centres auditifs partenaires

- 10 % de remise sur les piles et accessoires,
- Une facturation transparente qui distingue le prix de la prothèse, le coût de l'appareillage, et la prestation de suivi,

- Des praticiens aux tarifs en moyenne 35 % inférieurs au prix du marché
- Le plus Santéclair : une période d'essai de la prothèse auditive au moins égale à 1 mois.



Grâce à Santéclair vous bénéficiez également du Tiers-Payant exclusif dans tout le réseau.
Retrouvez la liste des partenaires Santéclair sur www.sodexomutuelle.fr

A compter de la loi 100% Santé à effet du 1^{er} janvier 2020, les praticiens (dentaire, optique et audio) doivent faire deux devis obligatoirement, dont un correspondant au 100% santé, notre service d'analyse de devis est à votre disposition.

EN PRATIQUE : COMMENT FAIRE ?

1

Téléchargez le devis sur
www.sodexomutuelle.fr
rubrique « Devis
remboursement ».

2

Adressez ce devis à
Santéclair en
précisant votre
numéro d'adhérent
ainsi que votre
numéro de contrat :

3

Santéclair réalise
l'analyse technique,
l'analyse tarifaire et
l'estimation de
remboursement sous
72h00.

Faites remplir le devis par
votre opticien, dentiste,
audioprothésiste habituel
ou demandez un devis
détailé.



Santéclair

78, Boulevard de la République
92514 Boulogne Billancourt Cedex

Fax. : 01 47 61 20 92
Email : devis@santeclair.fr



Soit

Votre devis est conforme*

Un courrier vous est envoyé avec l'estimation
du remboursement de votre mutuelle.

* Tarif dans la fourchette des prix moyens du marché.

Soit

Votre devis n'est pas conforme*

Vous êtes appelé par un conseiller Santéclair qui
vous renseigne et vous conseille afin de diminuer
votre reste à charge, en parallèle vous recevrez
un courrier avec l'estimation du remboursement.

**Pour profiter des autres services Santéclair
rendez-vous sur www.sodexomutuelle.fr**

1

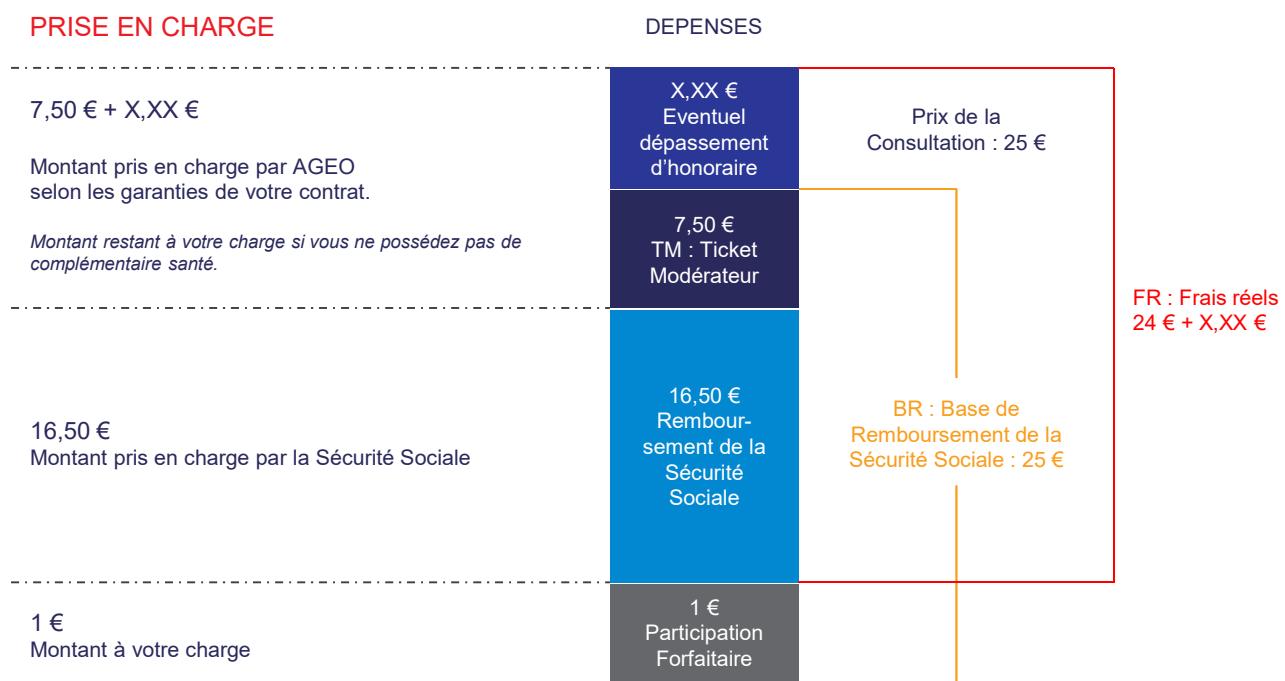
**N'oubliez pas de noter dans le devis que vous êtes assuré auprès d'AGEO ainsi
que votre numéro d'adhérent (présent sur votre carte de Tiers-Payant) et votre
numéro de téléphone.**

COMPRENDRE MES REMBOURSEMENTS

BR, FR, TM... sont des notions inconnues pour vous ?

Le schéma ci-dessous vous explique chacune de ces notions.

Prenons comme exemple une consultation de 25 € chez votre médecin traitant :



Lexique :

AM : Assurance Maladie

BR : Base de Remboursement retenue par la Sécurité Sociale

FR : Frais Réels (montant total de la dépense de santé)

MR : Montant de Remboursement de la Sécurité Sociale

TP : Tiers-Payant

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Il est de 3 428 € en 2020, et il est revu à la hausse tous les ans.

TM : Ticket Modérateur. C'est la différence entre la Base de Remboursement et le Montant de Remboursement de la Sécurité Sociale

SS : Sécurité Sociale

RO : Régime Obligatoire

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Les exemples fournis ci-dessous ont pour objet de vous permettre d'estimer, pour une situation et un tarif donné (présenté en euros), les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, ceux de l'assurance maladie complémentaire ainsi que le(s) reste(s) à charge éventuel(s).

Ces exemples sont dépourvus de valeur contractuelle et n'engagent pas notre organisme.

En effet, les remboursements complémentaires sont tributaires du montant des bases de remboursement et des règles d'intervention de la Sécurité sociale, susceptibles d'évoluer en cours d'année. En outre, les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont standardisées et correspondent au profil type d'assuré social : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

CONTRAT SOUSCRIT AUPRÈS D'AXA/UNIPREVOYANCE									
Exemples	Prix	Précision	Remb. SS	BASE		OPTION 1		OPTION 2	
				AGEO	Reste à charge	AGEO	Reste à charge	AGEO	Reste à charge
HOSPITALISATION									
*Forfait journalier en court séjour	20,00 €	T.R	0,00 €	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €
*Honoraire de chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM) pour une opération de la cataracte	355,00 €	P.M.N	247,70 €	0,00 €	107,30 €	107,30 €	0,00 €	107,30 €	0,00 €
*Honoraire de chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (adhérent à un DPTAM) pour une opération de la cataracte	431,00 €	P.M.N	247,70 €	0,00 €	107,30 €	183,30 €	0,00 €	183,30 €	0,00 €
Honoraire de chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (adhérent à un DPTAM)	1 400,00 €	P.M.N	247,70 €	0,00 €	1 152,30 €	495,40 €	656,90 €	990,80 €	161,50 €
Chambre particulière par jour	120,00 €		0,00 €	0,00 €	120,00 €	85,70 €	34,30 €	120,00 €	0,00 €
Lit d'accompagnant par jour	70,00 €		0,00 €	0,00 €	70,00 €	68,56 €	1,44 €	68,56 €	1,44 €
OPTIQUE									
*Equipement optique 100% Santé (verres + monture) avec verres uni-focaux de classe A Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	125,00 €	P.L.V	17,10 €	107,90 €	0,00 €	107,90 €	0,00 €	107,90 €	0,00 €
*Equipement optique de classe B (verres + monture) avec verres uni-focaux de classe B Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	345,00 €	P.M.N	0,09 €	199,91 €	145,00 €	219,91 €	125,00 €	239,91 €	105,00 €
Equipement optique hors panier 100% SANTE, monture 100€ + 2 verres complexes sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4 (Réseau)	1 200,00 €		0,09 €	199,91 €	1 000,00 €	1 199,91 €	0,00 €	1 199,91 €	0,00 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

CONTRAT SOUSCRIT AUPRÈS D'AXA/UNIPREVOYANCE									
Exemples	Prix	Précision	Rembt. SS	BASE		OPTION 1		OPTION 2	
				AGEO	Reste à charge	AGEO	Reste à charge	AGEO	Reste à charge
DENTAIRE									
*Détartrage	28,92 €	T.C	20,24 €	8,68 €	0,00 €	8,68 €	0,00 €	8,68 €	0,00 €
*Couronne ou inter de bridge sur incisives, canines jusqu'à la seconde prémolaire (prothèse 100% Santé)	500,00 €	H.L.F	84,00 €	416,00 €	0,00 €	416,00 €	0,00 €	416,00 €	0,00 €
*Couronne ou inter de bridge sur les autres dents molaires et dents « de sagesse » (dans le Réseau)	538,70 €	P.M.N	84,00 €	66,00 €	388,70 €	406,00 €	48,70 €	454,70 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisive, canine, 1ère prémolaire (dans le Réseau)	650,00 €	P.M.N	84,00 €	66,00 €	500,00 €	456,00 €	110,00 €	566,00 €	0,00 €
AIDES AUDITIVES									
*Aides auditives de classe 1 par oreille (pour un adulte)	1 100,00 €	P.L.V	210,00 €	140,00 €	750,00 €	890,00 €	0,00 €	890,00 €	0,00 €
*Aides auditives de classe 2 par oreille (pour un adulte)	1 476,00 €	P.M.N	210,00 €	140,00 €	1 126,00 €	685,60 €	580,40 €	857,00 €	409,00 €
SOINS COURANTS									
*Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	T.C	16,50 €	7,50 €	1,00 €	7,50 €	1,00 €	7,50 €	1,00 €
*Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	T.C	20,00 €	9,00 €	1,00 €	9,00 €	1,00 €	9,00 €	1,00 €
*Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM)	44,00 €	P.M.N	20,00 €	9,00 €	15,00 €	23,00 €	1,00 €	23,00 €	1,00 €
*Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non-adhérent à un DPTAM)	56,00 €	P.M.N	15,10 €	6,90 €	34,00 €	23,00 €	17,90 €	23,00 €	17,90 €
Consultation d'un médecin spécialiste (adhérent à un DPTAM)	80,00 €		16,50 €	7,50 €	56,00 €	37,50 €	26,00 €	62,50 €	1,00 €

* Exemples de remboursements UNOCAM

Lexique : TR : Tarifs Réglementés
 PMN : Prix Moyen National de l'acte
 DPTAM : Dispositif Pratique Tarifaire Maîtrisé

TC : Tarif Conventionnel
 PLV : Prix Limite de Vente

HLF : Honoraires Limites de Facturation
 Rembt : Remboursement

LA REGLEMENTATION

La réglementation OPTAM :

Depuis le 1^{er} janvier 2017, la convention médicale a remplacé le CAS (Contrat d'Accès aux Soins) par l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée), destinée à l'ensemble des médecins, et par l'OPTAM-CO, destinée aux médecins qui exercent en chirurgie et en obstétrique.

Ces dispositifs OPTAM et OPTAM-CO, tout comme le CAS, ont pour but d'encadrer les dépassements d'honoraires que pratiquent les médecins du secteur 2*.

Ainsi, les médecins signataires s'engagent à :

- › Réduire le reste à charge des patients
- › Modérer les tarifs
- › Pratiquer les mêmes tarifs pendant 3 ans
- › Respecter le taux de dépassement d'honoraires moyen fixé (soit 100% de la base de remboursement)

Quels sont les objectifs ?

- › Favoriser l'accès aux soins pour tous
- › Maîtriser les dépenses de santé (réduction du reste à charge pour les patients, maîtrise des déficits de l'Assurance maladie, limitation des dépassements d'honoraires)
- › Moderniser et valoriser la médecine libérale

Comment connaître les médecins signataires ?

Il suffit de vous connecter sur le site www.ameli-direct.fr. Lors de votre recherche, sélectionnez dans le type d'honoraires ceux comportant la mention « Honoraires avec dépassements maîtrisés (contrat d'accès aux soins) ».

Le 100% santé :

A compter du 1^{er} janvier 2020 avec le « 100% Santé », tous les salariés du groupe Sodexo pourront bénéficier d'offres en optique, dentaire et audioprothèses, sans reste à charge, quelle que soit la formule d'adhésion.

La portabilité :

La portabilité est un dispositif qui permet à un salarié lors de la rupture de son contrat de travail (ouvrant des droits à indemnisation pôle emploi) de bénéficier du maintien de ses garanties Frais de Santé et Prévoyance dès le lendemain de la date de cessation de son contrat et pendant une période de 12 mois maximum.

Le salarié garde alors le bénéfice de ses garanties pendant une période égale à celle du dernier contrat de travail (12 mois maximum).

La loi EVIN :

Lorsqu'un salarié quitte son entreprise pour une raison indépendante de sa volonté (licenciement, incapacité, invalidité ou départ en retraite), il peut, grâce à la loi EVIN, demander à l'assureur (auprès duquel son entreprise a conclu un contrat collectif), une nouvelle adhésion individuelle aux prestations similaires.

Le salarié bénéficiera de ce contrat individuel sans délai de carence, sans formalité médicale et sans période d'attente.

Le passage d'un contrat collectif à un contrat individuel fait perdre l'avantage de la participation de l'employeur sur le prix de la Mutuelle.

Ainsi, le salarié devra donc payer la totalité de sa cotisation, mais la loi EVIN prévoit que le prix de sa nouvelle Mutuelle évoluera de la manière suivante :

- La 1^{ère} année, les tarifs applicables sont identiques à ceux « des tarifs globaux » applicables aux salariés en activité,
- La 2^{nde} année, ils ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux précités,
- La 3^{ème} année, ils ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux précités.

Les ayants droit d'un salarié décédé peuvent aussi bénéficier de la loi EVIN (pour une durée maximum de 12 mois).

Pour ce faire, ceux-ci doivent demander, en cas de décès, le maintien des garanties dans les 6 mois qui suivent le décès du salarié ou bien dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle il a bénéficié à titre temporaire du maintien de ses garanties.

LA TELECONSULTATION

Une consultation médicale par téléphone !

Vous avez un problème de santé et vous n'arrivez pas à joindre votre médecin traitant ?

- › Un professionnel de santé est à votre écoute immédiatement.
- › Une disponibilité 24 heures / 24 et 7 jours / 7 en France et depuis l'étranger.
- › Délivrance d'une ordonnance si cela est jugé nécessaire par le professionnel de santé.

Comment ça fonctionne ?



**24h sur 24, 7 jours sur 7,
une équipe médicale
basée en France est
disponible par téléphone
(appel sans surcoût).**

**Un médecin inscrit à
l'Ordre des Médecins
vous écoute, établit un
bilan de votre situation et
vous conseille.**



Vous êtes malade et vousappelez
le numéro dédié et sécurisé :

01 55 92 27 54

**Vous bénéficiez d'une
Téléconsultation médicale**

Le médecin réalise la consultation
par téléphone et vous prescrit une
ordonnance s'il le juge nécessaire



Une ordonnance
sera transmise au
pharmacien de votre
choix

Vous n'avez plus qu'à
vous déplacer dans la
pharmacie pour
récupérer vos
médicaments



Si une situation
d'urgence est
détectée, vous êtes
orienté vers un
service d'urgence



Si un examen ou une
consultation
spécialisée est
nécessaire, vous êtes
orienté vers votre
médecin traitant



Le médecin envoie un
compte rendu à votre
médecin traitant avec
votre accord

Pour en savoir plus rendez-vous sur www.sodexomutuelle.fr

CARTE DE TIERS PAYANT



N'avancez plus d'argent, utilisez votre carte TP :

Votre carte Tiers Payant SPSanté vous permet de ne pas avancer de frais auprès des professionnels de santé.

Ce dispositif de Tiers Payant généralisé mis gratuitement à disposition des médecins permettra de vérifier les droits des assurés à leur complémentaires à partir des informations figurant sur l'attestation SPSanté.

Grâce à iSanté, vous pouvez bénéficier du Tiers Payant pour les soins externes. Vous n'avez plus besoin d'avancer les frais dans la limite du ticket modérateur dans les hôpitaux et cliniques conventionnés iSanté, (hors centres de soins).

ATTENTION :

En cas de départ de l'entreprise, votre carte de Tiers Payant doit impérativement être restituée auprès de votre employeur ou à votre centre de gestion AGEO.



En cas d'hospitalisation ?

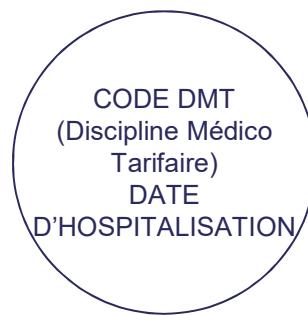
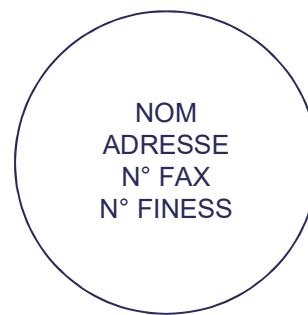
Par simple appel ou via votre espace web www.sodexomutuelle.fr, vous pouvez demander une prise en charge hospitalière.

La prise en charge (dans la limite des garanties prévues dans votre contrat) sera ensuite adressée à l'établissement hospitalier. Les frais de dépenses personnelles (frais de téléphone, de télévision, boissons...) restent à votre charge.

Merci de nous communiquer les informations ci-dessous :

Informations relatives à la personne hospitalisée

Informations relatives à l'établissement de soins et au service de soins
Demandez ces informations à votre hôpital



Vous pouvez visionner et/ou télécharger à tout moment votre carte Tiers Payant depuis votre smartphone en vous rendant sur www.sodexomutuelle.fr. En vous rendant sur la même adresse depuis un ordinateur, vous pouvez éditer un duplicata de votre carte de Tiers Payant.



LA TELETRANSMISSION ou NOEMIE

Norme Ouverte d'Echange Maladie avec les Intervenants Extérieurs

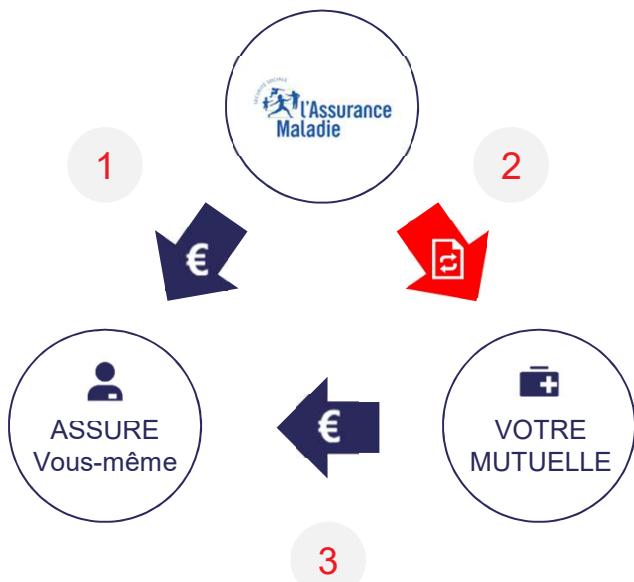
Vous n'avez aucune démarche à effectuer pour percevoir les remboursements de votre Mutuelle !

1. Vous venez de vous rendre chez un praticien, vous avez réglé votre consultation et présenté votre carte Vitale.

La Sécurité Sociale vous rembourse sa part.

2. La Sécurité Sociale transmet électroniquement à votre mutuelle les informations relatives à votre consultation : c'est ce que l'on appelle **LA TELETRANSMISSION**.

3. Votre mutuelle vous rembourse votre consultation (selon vos garanties) **sous un délai de 48 heures (hors délais de virement selon les banques)**.



Comment vérifier que mes remboursements sont bien effectués ?

Sur vos relevés de prestations adressés régulièrement par AGEO (par courrier ou par mail) ou en consultant votre historique de remboursements de soins sur votre espace www.sodexomutuelle.fr.

Consultez régulièrement vos décomptes de la Sécurité Sociale afin de vérifier que la mention ci-contre apparaisse bien dessus.

La mention n'est pas présente sur vos décomptes ?

La Télétransmission avec AGEO n'est donc pas active, contactez-nous.

En attendant que la Télétransmission entre AGEO et la Sécurité Sociale s'établisse, vous devez nous envoyer vos décomptes papier de la Sécurité Sociale afin d'être remboursé.

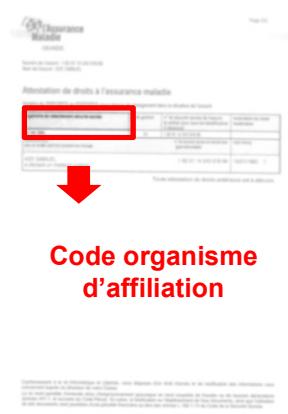
Lorsque la Télétransmission avec AGEO sera active vos décomptes de Sécurité Sociale porteront la mention ci-contre.

A partir de ce moment, vous n'aurez plus besoin de nous envoyer vos décomptes papier.

Exemple de décompte



Exemple attestation SS



Code organisme d'affiliation

MENTION :

Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire AGEO. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé

VOTRE ESPACE WEB

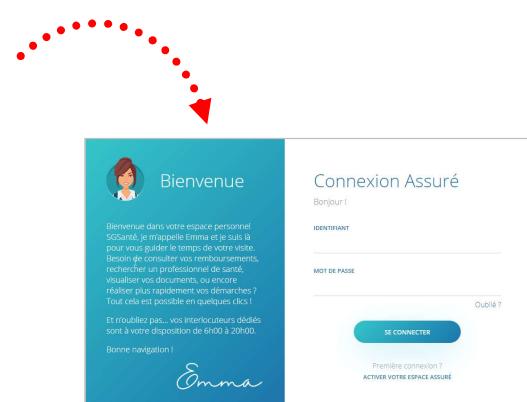
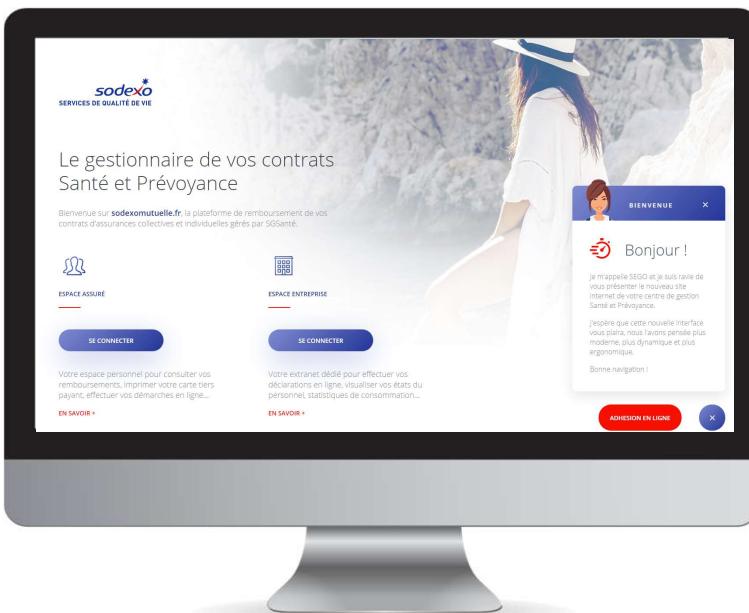
**Vos codes d'accès vous seront transmis avec votre carte de Tiers Payant 2020.
Lors de votre 1^{ère} connexion vous devrez créer votre espace personnel, en cas de problème de connexion, contactez-nous.**

www.sodexomutuelle.fr

Avec vos codes personnels et confidentiels, accédez à www.sodexomutuelle.fr et profitez de l'ensemble des fonctionnalités et des informations relatives à vos contrats Santé et Prévoyance :

- › Imprimer votre carte de Tiers Payant,
- › Demander une prise en charge hospitalière,
- › Consulter les praticiens de votre réseau de soins Santéclair,
- › Archiver l'historique de vos règlements,

- › Consulter / Modifier vos données personnelles,
- › Demander un devis de remboursement,
- › Consulter le guide utilisateur de votre contrat en cours,
- › Consulter les garanties de votre contrat en cours.



ACTIVER MON ESPACE ASSURÉ

Procédure 1^{ère} connexion :

1. IDENTIFIANT PROVISOIRE :

Numéro de sécurité sociale :
(sans la clé).

2. MOT DE PASSE PROVISOIRE :

Les 2 premières lettres minuscules du nom de famille suivi du N° d'adhérent figurant sur la carte de Tiers-Payant.

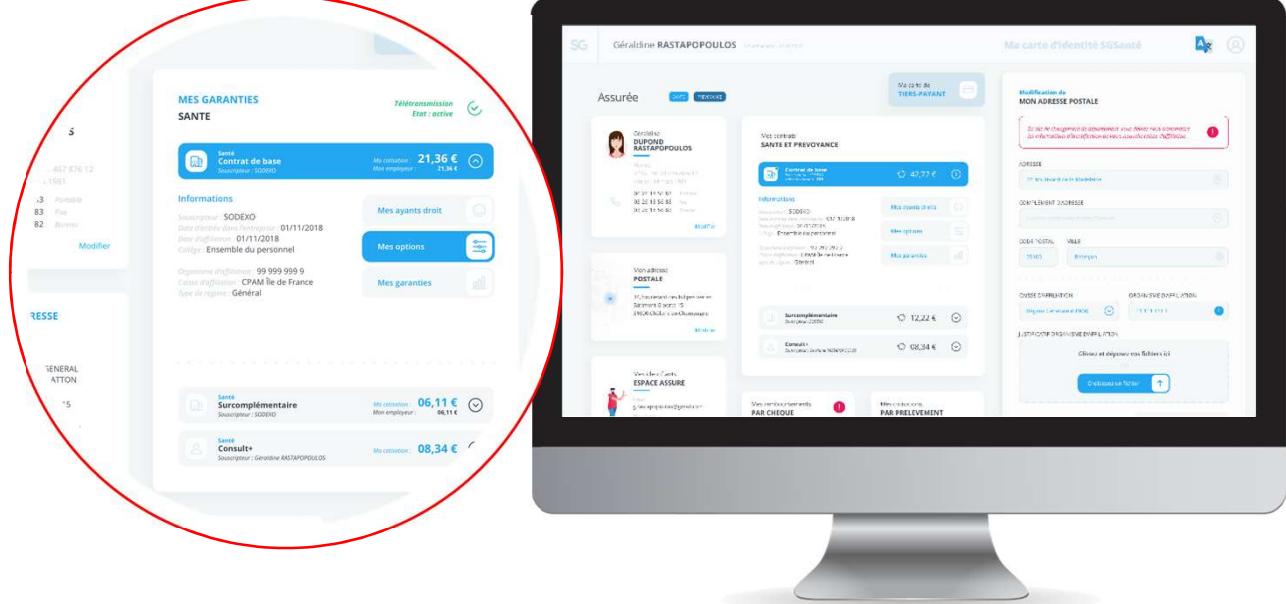
VOTRE ESPACE WEB

Les avantages de votre centre de gestion AGEO :

- Une cellule dédiée à la gestion de vos contrats,
- Vos relevés de prestations par email : e-relevés,
- Une certification ISO 9001,
- Un réseau de Tiers-Payant comptant 200 000 professionnels de santé partenaires (SPSanté),
- Télétransmission et Tiers-Payant automatisés (à votre demande),
- Un service dédié aux réclamations,
- Une prise en charge du Tiers-Payant pour les soins externes dans les hôpitaux (iSanté),
- Un site dédié à la gestion de votre contrat santé,
- Des services innovants : la téléconsultation.

Ma carte d'identité SGSanité :

Ajouter un nouveau bénéficiaire, améliorer votre niveau de garanties, changer d'adresse postale...



VOTRE APPLICATION MOBILE



Votre application mobile SG Santé :

NOUVEAU ! Transférer ses justificatifs :

Vous avez la possibilité de prendre en photo et d'envoyer directement tous vos documents administratifs à votre centre de gestion !



Votre carte de Tiers-Payant :

Vous pouvez présenter facilement votre carte de Tiers-Payant à tous les professionnels de santé et ceci même sans connexion.



Contactez votre gestionnaire :

Vous avez la possibilité de joindre instantanément vos gestionnaires dédiés.



Gérez vos remboursements :

Consultez en temps réel, l'ensemble de vos remboursements.



Vos services de Bien-être :

Parce qu'en étant en forme et heureux on consomme moins de médicaments, nous avons développé différents programmes pour vous accompagner au quotidien, avec un seul objectif : vous aider à profiter, au maximum, de votre vie en pleine santé. Arrêter de fumer, réduire sa consommation d'alcool ou son stress, reprendre une activité physique, entretenir sa mémoire, lutter contre son mal de dos, ou même... perdre du poids. Essayez, vous serez conquis !



PIECES A FOURNIR

Frais de Santé

Pour toute demande, préparez votre numéro d'adhérent (présent sur votre carte TP) et vérifiez au préalable que tous les éléments de votre dossier ont été transmis à votre centre de gestion AGEO.

Quels évènements ?	Quels justificatifs ?	Nous prévenir
Récapitulatif des documents à nous retourner		
Votre situation de famille évolue ? Ex. : mariage, PACS, naissance, divorce, séparation	<ul style="list-style-type: none"> • Bulletin de modification de situation* • Justificatifs selon chaque situation 	
Ajout ou radiation d'ayants droit, changement d'option(s)		
<p>* Si les cotisations sont apportées par la société, le bulletin de modification doit passer par celle-ci afin de la tenir informée de tout changement de situation</p>		
Vos coordonnées bancaires ont changé ?	<p>Pour le versement de vos prestations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nouveau RIB 	 
Vous souhaitez une nouvelle carte de Tiers Payant ?	Carte déjà éditée	 Edition à volonté sur le site
	Carte non reçue	  
Vous changez d'adresse postale ?	<ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle attestation de la Sécurité Sociale, si vous changez de caisse • Justificatif de domicile (facultatif) 	  
Vous avez un nouvel e-mail ou un nouveau numéro de téléphone ?	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun justificatif 	  
Vous souhaitez une attestation de garanties ?		
En cas de décès	<ul style="list-style-type: none"> • Certificat de décès • Facture des obsèques acquittée avec la mention de la personne qui a réglé les frais 	 
Vos enfants ont plus de 20 ans et ils poursuivent des études ?	<ul style="list-style-type: none"> • Certificat de scolarité 	 



NOUVEAU ! Transférez vos documents directement depuis votre smartphone !

Depuis l'application mobile **SGSanté**, vous avez désormais la possibilité de prendre en photo et d'envoyer directement tous vos documents administratifs à votre centre de gestion !

 COURRIER

Groupe AGEO - Cellule SODEXO
TSA 30011
51049 Châlons en Champagne Cedex

 ESPACE WEB | MAIL

Web : www.sodexomutuelle.fr
E-mail : sodexomutuelle@ageo.fr

 TELEPHONE | FAX

Tél. : 03 26 26 91 88
Fax. : 03 26 26 22 45

Merci de mentionner le nom de votre société et votre numéro d'adhérent (présent sur votre carte de Tiers Payant) sur tous vos envois

PIECES A FOURNIR

Frais de Santé

En l'absence de la Télétransmission avec AGEO, il est impératif de nous adresser, en plus des documents mentionnés ci-dessous l'original de vos décomptes de Sécurité Sociale

Selon la typologie des soins réalisés et sous réserve que les garanties soient prévues au contrat, vous devez transmettre, à votre centre de gestion AGEO, les pièces justificatives mentionnées ci-dessous.

Les prestations	Documents à nous retourner
<ul style="list-style-type: none"> Consultation et visite supérieur à 150 € Actes techniques médicaux et de chirurgie 	La facture détaillée et acquittée (original ou pièce numérisée)
La médecine non conventionnelle (cf : tableau des garanties)	La facture avec le numéro ADELI ou le cachet du praticien (original ou pièce numérisée)
<ul style="list-style-type: none"> Vaccins non pris en charge par la Sécurité Sociale et prescrits par un médecin Les substituts nicotiniques 	La prescription médicale et la facture (original ou pièce numérisée)
<ul style="list-style-type: none"> La pharmacie Les frais de transport L'appareillage Les analyses La radiologie Les auxiliaires médicaux 	En cas de dépassement du tarif de la Sécurité Sociale et / ou en cas de non présentation de la carte de Tiers Payant, l'original de la facture détaillée et acquittée (original ou pièce numérisée)
Soins à l'étranger	L'original de la facture détaillée et acquittée (traduite en Français)
Le dentaire	L'original de la facture détaillée et acquittée de tous les actes pratiqués (partie prise en charge et partie non prise en charge, numéros des dents, date d'intervention)
Les lunettes et les lentilles cornéennes	<ul style="list-style-type: none"> Pour les actes inférieurs à 600 euros : la facture détaillée et acquittée (original ou pièce numérisée) Au-delà : l'original de la facture détaillée et acquittée La prescription médicale
Les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale	<ul style="list-style-type: none"> Pour les actes inférieurs à 300 euros : la facture détaillée et acquittée (original ou pièce numérisée) Au-delà : l'original de la facture détaillée et acquittée La prescription médicale
L'hospitalisation	<p>Selon la facturation dont relève l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire, L'original de la facture, L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement (originaux) Dans tous les cas, les notes des dépassements d'honoraires
Les cures thermales	Le décompte de la Sécurité Sociale et l'original des factures détaillées et acquittées (originaux ou pièces numérisées)
La maternité	Une copie de l'acte de naissance accompagnée d'un courrier demandant l'affiliation de l'enfant (si vous souhaitez l'affilier)
Les obsèques	Une copie de l'acte de décès et la facture détaillée et acquittée des frais d'obsèques mentionnant le nom de la personne qui a réglé les frais

GARANTIES

Prévoyance

Nature des actes En % des tranches A / B	Option 1 Décès		Option 2 Décès réduit + rente éducation	
	TA	TB	TA	TB
Décès ou invalidité absolue et définitive de l'affilié	Capital minimum 110% plafond annuel de la SS			
Affilié célibataire, veuf ou divorcé sans personne à charge	110 %		Sans objet	
Affilié marié ou lié par un PACS sans personne à charge	110 %		Sans objet	
Affilié ayant une personne à charge	110 %		60 %	
Majoration par personne à la charge fiscale de l'affilié	30 %		Sans objet	
Décès ou invalidité absolue et définitive de l'affilié consécutif à un accident				
Capital supplémentaire	50 % du capital maladie			
Décès du conjoint simultané ou postérieur à celui de l'affilié (si enfants à charge)				
Capital supplémentaire	100 % du capital décès maladie			
Rente éducation				
Par enfant (maximum 2) jusqu'à 26 ans (si études)	-		9 %	
Incapacité temporaire (y compris maternité) <i>Condition d'ancienneté contractuelle de 6 mois requise pour bénéficier de la garantie Incapacité de travail consécutive à un accident ou une maladie de la vie privée</i>				
Indemnités journalières (sur la base salaire net) <i>En tout état de cause, l'assuré ne peut percevoir plus de 100 % de son salaire net d'activité.</i>	101,4 % - SS	101,4 %	101,4 % - SS	101,4 %
Franchise	3 jours 0 jour si hospitalisation d'au moins 3 jours ou ATMP			
Invalidité permanente temporaire				
Invalidité 1 ^{ère} catégorie	42 % du salaire net - SS			
Invalidité 2 ^{ème} et 3 ^{ème} catégorie	70 % du salaire net - SS			

LEXIQUE :

SS : Sécurité Sociale

ATMP : Accident du Travail et Maladie Professionnelle

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.
Il est de 3 428 € en 2020, et il est revu à la hausse tous les ans

TA : Tranche A : Part de la rémunération inférieure au Plafond de la SS

TB : Tranche B : Part de la rémunération comprise entre 1 et 4 Plafond(s)

TC : Tranche C : Part de la rémunération comprise entre 4 et 8 Plafond(s)



MODALITES

Prévoyance

Un contrat de Prévoyance permet de couvrir des risques tels que : le décès, l'invalidité, l'incapacité de travail...

Dans un souci d'harmonisation de votre couverture prévoyance avec l'ensemble des sociétés du Groupe SODEXO en France, les garanties actuelles de votre contrat évoluent.

Lors de l'adhésion à votre contrat de prévoyance, vous devez désigner votre ou vos bénéficiaires en cas de décès.

Par défaut, une clause type s'applique. Si celle-ci vous convient, vous n'avez rien à faire et votre capital en cas de décès sera versé :

- › En priorité à votre conjoint non séparé judiciairement,
- › A défaut à la personne à laquelle vous êtes lié par un PACS,
- › A défaut à vos enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés, à parts égales,
- › A défaut à vos ascendants à parts égales,
- › A défaut à vos héritiers.

Si la clause type ne vous convient pas

Vous avez la possibilité de désigner le ou les bénéficiaire(s) de votre choix. Pour cela, il vous suffit d'indiquer dans un nouveau formulaire (disponible sur www.sodexomutuelle.fr rubrique « Documentation ») la clause que vous souhaitez voir appliquer.

Envoyez ensuite votre clause bénéficiaire dûment remplie et signée à :

Groupe AGEO - Cellule SODEXO
TSA 30011
51049 Châlons en Champagne Cedex

Vous pouvez à tout moment modifier cette désignation en complétant un nouveau document.

Vous obtenez une reconnaissance d'invalidité :

- › Vous devez transmettre votre notification de passage en invalidité à votre employeur,
- › Le service social de SODEXO (conjointement avec les services d'AGEO) constitue le dossier et se rapproche de vous pour les demandes de pièces complémentaires,
- › Une fois le dossier complet, l'assureur vous versera directement une rente d'invalidité.

Pour continuer à en bénéficier, que dois-je faire ?

- › Vous devrez transmettre au fur et à mesure toutes les attestations de paiement de la rente d'invalidité par votre Régime Obligatoire pour que l'assureur continue de vous verser la rente complémentaire.

En cas de décès de l'assuré ou du conjoint :

- › L'information du décès doit être transmise à l'employeur, si possible, avec l'acte de décès,
- › Le service social de SODEXO (conjointement avec les services d'AGEO) constitue le dossier et se rapproche de l'interlocuteur de la famille pour obtenir les pièces nécessaires au dossier.



Plus d'infos ?
Rapprochez-vous de votre service
des Ressources Humaines



ARRETS DE TRAVAIL

Prévoyance

Si vous ne bénéficiez pas de la Télétransmission avec votre contrat Frais de Santé, vous devez transmettre vos décomptes d'indemnités journalières à votre employeur.

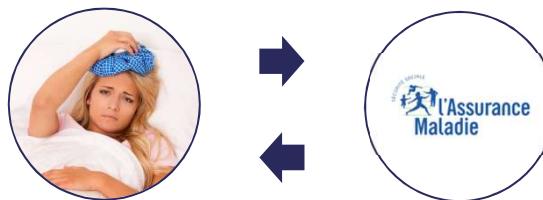
La gestion des arrêts de travail : un circuit innovant au service des salariés

Le Groupe AGEO est le gestionnaire de votre contrat prévoyance.

Grâce à la gestion innovante mise en place par SODEXO et AGEO, vous bénéficiez d'un circuit simplifié et plus rapide pour la gestion de vos arrêts de travail : **un temps d'indemnisation en moyenne divisé par 3.**

Mes remboursements de la Sécurité Sociale

Je déclare mon arrêt de travail à la Sécurité Sociale



La Sécurité Sociale me paye mes indemnités journalières (part prise en charge par la Sécurité Sociale)

Mes remboursements complémentaires

Je déclare mon arrêt de travail à SODEXO

SODEXO déclare l'arrêt de travail à AGEO

AGEO déclare à la Sécurité Sociale et ouvre le dossier

01



02



03



06

SODEXO répercute les indemnités complémentaires sur ma fiche de paie

05

AGEO paye SODEXO

04

La Sécurité Sociale transmet le décompte des indemnités journalières à AGEO



Détail de vos indemnités réglées disponible sur votre espace personnel
www.sodexomutuelle.fr

PIECES A FOURNIR

Prévoyance

Les pièces de base nécessaires à l'ouverture d'un dossier décès toutes causes

Pièces Nécessaires	Pourquoi ces pièces ?	Qui les établit, qui les transmet ?
Un imprimé de déclaration de décès dûment complété par l'employeur (Réf. 480314 b 01 2004)	Document de base pour la constitution du dossier	L'employeur
Un acte de décès	Pièce légale justifiant le décès ou la disparition	La mairie du lieu de décès (pour la disparition, l'acte de décès est établi après le jugement déclaratif d'absence par le Tribunal de Grande Instance)
Un certificat médical précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou une autre cause (certificat sous enveloppe confidentielle)	Pour déterminer les garanties concernées et vérifier si la cause ne fait pas partie des exclusions contractuelles ou légales	Le médecin ayant constaté le décès
Une copie intégrale de l'acte de naissance ou un extrait d'acte de naissance de l'assuré, comportant les mentions marginales, datant de moins de 3 mois	Pièce justifiant la situation maritale de l'assuré. Elle permet notamment d'envisager l'existence d'enfants de mariage(s) précédent(s)	La mairie du lieu de naissance
Une copie intégrale de l'acte de naissance ou un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois du ou des bénéficiaires	Pour justifier l'identité du ou des bénéficiaires conformément aux dispositions de la lutte anti-blanchiment	La mairie du lieu de naissance
Une attestation de l'employeur précisant les salaires perçus et le dernier jour travaillé ou une photocopie des bulletins de salaire	Pour calculer le capital décès et les prestations associées	L'employeur
Les décomptes Sécurité Sociale	<ul style="list-style-type: none"> Pour solder le dossier arrêt de travail en cours s'il y a une garantie arrêt de travail prévue au contrat et s'il y a une période non indemnisée jusqu'au décès Pour justifier que l'intéressé était bien sous contrat de travail au jour du décès. Si la garantie arrêt de travail non prévue au contrat est assurée en arrêt de travail avant le décès 	La Sécurité Sociale

Quand intervient le règlement ?

i

SI LE DOSSIER
EST COMPLET :
INDEMNISATION
SOUS 15 JOURS

Chèque remis par les assistantes sociales

RENTE
D'EDUCATION
VERSEE
DIRECTEMENT
AUX
BENEFICIAIRES

Continuité du versement de la rente jusqu'à son terme

NB : D'autres pièces seront susceptibles d'être demandées en fonction de la situation de famille et du contexte du décès.

NOUS CONTACTER

Du lundi au vendredi de 6h00 à 20h00
Le samedi de 9h30 à 17h30

Santé

Tél. Fax.
03 26 26 91 88 • 03 26 26 22 45

Numéro non surtaxé

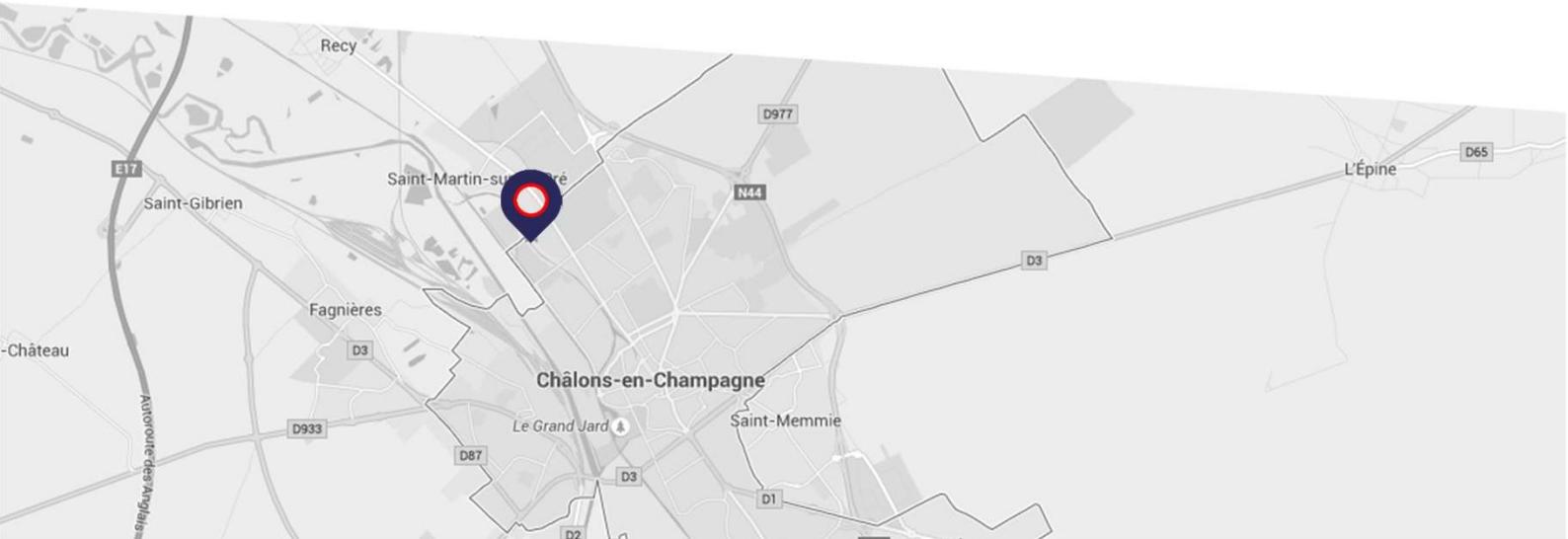
Email Site Web
sodexomutuelle@ageo.fr • www.sodexomutuelle.fr

Groupe AGEO - Cellule SODEXO

TSA 30011
51049 Châlons en Champagne Cedex

Prévoyance

Pour toute question relative à votre contrat Prévoyance,
il y a lieu de vous rapprocher de votre service Ressources Humaines.



*GEOZ | Siège social : 14, rue Joliot Curie CS 30248 51010 CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX | RCS 500 171 939 CHALONS EN CHAMPAGNE | SNC au capital de 1500 € | Nom commercial : AGEO Prévoyance | Numéro ORIAS : 07 031 908 - www.orias.fr | Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - <https://acpr.banque-france.fr> | GEOZ exerce conformément aux dispositions de l'article L522-1-2 b. La liste des fournisseurs avec lesquels nous travaillons est à votre disposition sur simple demande | AGEO Service Réclamation : 14, rue Joliot Curie CS 30248 51010 Châlons-en-Champagne Cedex - service.reclamation@ageo.fr | Notre Service Qualité enregistre, analyse et répond à vos réclamations et suggestions, parce que le Service Client est notre Engagement | Le service réclamation accuse réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant réception et s'engage à apporter une réponse circonstanciée dans un délai de 2 mois (conformément à la recommandation ACPR 2016-R-03 du 14/11/16) | Notre Médiateur : La Médiation de l'assurance Pôle CSCA TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 | le.mediateur@mediation-assurance.org - www.médiation-assurance.org (après saisie de notre service réclamation / Article L 612-2 du code de la consommation)"

Ce document n'a pas de valeur contractuelle et ne vaut pas notice d'information