

## LIVRET FRAIS DE SANTÉ

### GROUPE LES SOURCES HOTELS

### ENSEMBLE DU PERSONNEL


Bienvenue au sein du groupe Colonna !

Découvrez votre couverture santé entreprise. Vous pouvez également consulter vos garanties en ligne ou via votre application mobile COLONNA FACILITY ou vous rapprocher de votre service RH.

#### MON AFFILIATION / INSCRIPTION

Le + simple : Internet.

Mon employeur a déclaré mon arrivée à COLONNA FACILITY. À partir du mail que j'ai reçu, je complète mon dossier, télécharge mes documents, crée mon compte et reçois ma carte de tiers payant en quelques clics.

 + rapide


 + simple


 + sécurisé


 + éco-responsable

 + proche

**1**  **Connectez-vous**  
> Cofacility.fr, cliquez sur Espace assuré, entrez votre n°adhérent.

**2**  **Identifiez-vous**  
> Votre n° de Sécurité sociale + clé, date de naissance et code postal

**3**  **Votre N° de téléphone**  
> Pour une communication + facile.

**4**  **Validez votre compte**  
> Renseignez votre adresse e-mail et créez votre mot de passe.

Ou par courrier : j'envoie un bulletin papier, transmis par mon employeur, complété et accompagné des justificatifs.

#### MA CARTE DE TIERS PAYANT



Protégeons notre planète !

La carte de Tiers Payant par courrier, c'est fini !

(Pour conserver l'envoi papier : rendez-vous dans la rubrique « mon compte » puis « mes abonnements »)



24 h après validation de mon dossier d'affiliation complet, je dispose de ma carte de tiers payant sur mon application mobile COLONNA FACILITY ou sur mon espace web.

#### Mon numéro d'adhérent

À utiliser pour tout échange avec COLONNA FACILITY

COLONNA  
FACILITY

Votre n°adhérent  
0000000

Numero AMC : R Période de validité : 01/01/2024 au 31/12/2024  
Typ conv / CSR : AL N° de carte :  
N° NIR : N° de télétransmission/DRE : 9852001  
Assuré principal : Editée le : 27/10/2023

Bénéficiaire(s) du tiers payant		Code DRE/SES	GARANTIES COUVRANT DROIT À TIERS PAYANT (PART RÉGIME OBLIGATOIRE INCLUSE)									
Nom - Prénom	N° NIR		PHAR	EXO	RAD*	SOL*	SD*	SS*	MCS*	SEDATE	COT	BOSS*
Mr (e) Le 01/01/1900			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PEC	PEC
			100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PEC	PEC

Ces taux s'appliquent à la base de remboursement de la Sécurité sociale

La télétransmission accessible gratuitement sur votre espace assuré

Elle me permet de ne plus avancer tout ou partie des frais pour certains actes, dans les limites de mon contrat si je la présente aux professionnels de santé (pharmacie, radiologie...) qui l'acceptent avec ma carte Vitale.

*La liste des professionnels de santé est consultable sur mon espace assuré.*

#### MA TÉLÉTRANSMISSION NOÉMIE

+ facile + rapide

J'active la télétransmission NOÉMIE et à chaque fois que je présente ma carte Vitale à un professionnel de santé, COLONNA FACILITY en est informé et me rembourse.

*Web : J'active ce service dans la rubrique « Mon compte »*

Si je n'active pas NOÉMIE, je dois envoyer tous mes décomptes Ameli à COLONNA FACILITY pour être remboursé.



## COMMENT LIMITER LE RESTE À CHARGE ?

### Grâce au réseau de soins !

- Le Tiers payant garanti
- Des tarifs préférentiels
- + de **8000** professionnels de la santé
- Des garanties et des services exclusifs



### Grâce à un praticien OPTAM/OPTAM-CO !

Je choisis de consulter un médecin généraliste ou spécialiste dit OPTAM ou OPTAM CO qui s'est engagé à maîtriser ses honoraires en échange d'avantages sociaux. En cas de dépassement d'honoraires, je suis mieux remboursé.

*Pour savoir si un praticien est OPTAM/OPTAM CO, je consulte le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr).*

### Grâce au 100% Santé !

Je choisis dans le panier « 100% santé » des prestations et équipements sélectionnés qui sont intégralement pris en charge par la Sécurité sociale et ma complémentaire santé sur les postes optique, dentaire et audiologie.

**OPTIQUE**



**DENTAIRE**



**PROTHESES AUDITIVES**



*Vous pouvez demander deux devis : un devis « 100% santé » et un devis hors « 100% santé ».*

## COMPRENDRE MES REMBOURSEMENTS

Vous trouverez dans ce document un résumé de vos garanties ainsi que de nombreux exemples de remboursements qui fonctionnent selon le schéma suivant :

**Ex dépense** : Consultation médecin généraliste = **26,50 €**

### Remboursement ASSURANCE MALADIE

Garanties : 70% BRSS\*

Montant remboursé : **17,55 € (18,55 € - 1 € forfaitaire)**

\*BRSS : base de remboursement Sécurité sociale : 26,50 €



### Remboursement COLONNA FACILITY

Ticket modérateur (TM) : **7,95 €**

Les éventuels dépassements d'honoraires sont remboursés en fonction des garanties prévues dans mon contrat.



### Reste à charge :

Il ne reste qu'**1 € forfaitaire** prévu par la loi

**N'oubliez pas d'informer COLONNA FACILITY de tous les changements relatifs à votre situation familiale et administrative (mariage, naissance, déménagement, changement de caisse de Sécurité sociale, changement de coordonnées bancaires...).**

## ENVOYER MON DOSSIER



Grâce à mon application mobile COLONNA FACILITY et à mon espace web, j'envoie mes décomptes et mes factures détaillées et acquittées en quelques clics à partir d'un scan ou d'une photo. **Passé un délai de 24 mois (date de soins) mon dossier sera refusé.**

### RÈGLEMENT ET DÉCOMPTE

À réception de chaque dossier complet, COLONNA FACILITY procède au règlement par virement :



- Je veux réduire mon impact environnemental : **1 remboursement = 1 e-mail = 1 décompte** dans mon espace assuré (Je coche « alerte emails et abonnements » dans mon compte),
- Je préfère le courrier : 1 décompte papier tous les 90 jours.



Tous les courriers sont numérisés et arrivent, comme les e-mails, dans l'outil de gestion électronique des documents de COLONNA FACILITY. Démultiplier les envois risque de ralentir le traitement de mon dossier.

## QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE UN DEVIS ET UNE PRISE EN CHARGE ?

Le **devis** me permet d'avoir une estimation des remboursements sur des dépenses importantes. Pour une estimation du remboursement, j'adresse le devis transmis par le professionnel de santé à COLONNA FACILITY. L'estimation de remboursement est donnée à titre informatif et reflète les garanties en vigueur à la date de sa réalisation.

La **prise en charge** engage COLONNA FACILITY à régler sur facture finale, les soins et prestations réalisés par le professionnel de santé dans la limite des garanties mentionnées sur le document.

Toutes les demandes de prises en charge doivent être transmises à Alмеры (hospitalisation, optique, audioprothèses) dont les coordonnées sont sur votre Carte de Tiers-Payant.

COLONNA FACILITY traite uniquement vos demandes de prises en charge dentaires et grand appareillage.

## MES ÉCHANGES AVEC COLONNA FACILITY



[www.cofacility.fr](http://www.cofacility.fr)

Simple, rapide et écologique : mon espace assuré me donne accès à de nombreux services :

- Obtenir mes décomptes par e-mail,
- Consulter le détail de mes remboursements en temps réel,
- Enregistrer et modifier mes informations personnelles (mariage, déménagement, ...) et bancaires.



Me référer au numéro de téléphone figurant au dos de ma carte tiers payant.



Une équipe de conseillers est à mon écoute du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00.



[sante@cofacility.fr](mailto:sante@cofacility.fr)



COLONNA FACILITY  
41207 ROMORANTIN CEDEX

**Les prestations énoncées dans le tableau ci-dessous s'entendent en complément des prestations de la Sécurité sociale** ou par tout autre organisme et ne peuvent excéder les frais réellement engagés, **à l'exception des garanties OPTIQUE qui s'entendent sous déduction des prestations de la Sécurité sociale.** Elles s'appliquent lorsque le patient respecte le parcours de soins coordonnés. En cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, ni les dépassements d'honoraires autorisés, ni la majoration du ticket modérateur ne sont pris en charge. En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité sauf mentions particulières au tableau. Lorsque la Sécurité sociale intervient, le régime prend à minima en charge le Ticket modérateur conformément à la réglementation.

NATURE DES FRAIS	BASE (en complément de la SS)		OPTION FACULTATIVE RESPONSABLE (y compris la base)		OPTION FACULTATIVE NON RESPONSABLE (y compris base et option fac. resp.)
	DPTAM	hors DPTAM	DPTAM	hors DPTAM	
<b>SOINS COURANTS</b>					
<b>Honoraires médicaux</b>					
Consultations et visites de généralistes	TM + 120% BRSS	TM + 100% BRSS	TM + 300% BRSS	TM + 100% BRSS	400% BRSS
Consultations et visites de spécialistes	TM + 300% BRSS	TM + 100% BRSS	TM + 300% BRSS	TM + 100% BRSS	400% BRSS
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux	TM + 120% BRSS	TM + 100% BRSS	TM + 300% BRSS	TM + 100% BRSS	400% BRSS
Actes d'imagerie médicale, échographie, ostéo- densitométrie	TM + 120% BRSS	TM + 100% BRSS	TM + 300% BRSS	TM + 100% BRSS	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>					
Analyses et examens de biologie médical	TM + 120% BRSS		TM + 120% BRSS		
<b>Honoraires paramédicaux</b>					
Auxiliaires médicaux	TM + 120% BRSS		TM + 120% BRSS		
Transport	TM		TM + 300% BRSS		
<b>Matériel médical</b>					
Prothèses (hors dentaires et auditives)	65% BRSS		150% BRSS		
Petit appareillage	140% BRSS		140% BRSS		
<b>Médicaments</b>					
Médicaments et vaccins remboursés par la SS	Ticket Modérateur		Ticket Modérateur		
Vaccins et médicaments non remboursés par la SS	100€ / an / bénéficiaire		100€ / an / bénéficiaire		
Moyens contraceptifs sur prescription médicale	3% / an / bénéficiaire		3% / an / bénéficiaire		
Sevrage tabagique (patchs inscrits sur liste SS)	80€ / an / bénéficiaire		80€ / an / bénéficiaire		
<b>HOSPITALISATION</b>	DPTAM	hors DPTAM	DPTAM	hors DPTAM	DPTAM    hors DPTAM
<b>Honoraires</b>					
Honoraires chirurgicaux, actes de chirurgie	TM + 380% BRSS	TM + 100 % BRSS	TM + 380% BRSS	TM + 100 % BRSS	400% BRSS
<b>Forfait journalier hospitalier</b>					
Forfait journalier hospitalier (sans limitation de du- rée)	100 % FR		100 % FR		
<b>Autres actes</b>					
Frais de séjour en établissement conventionné	400% BRSS		400% BRSS		
Frais de séjour en établissement non conven- tionné	400% TA		400% TA		
Participation forfaitaire sur les actes techniques	100 % du forfait		100 % du forfait		
Chambre particulière	50€ / jour		120€ / jour		
Frais de lit d'accompagnant (bénéficiaire dont l'âge < à 12 ans	30€ / jour		100€ / jour		
<b>DENTAIRE</b>					
<b>Soins et Prothèses "Panier 100% Santé" avec Honoraires Limites de Facturation (HLF) en vi- gueur à la date des soins*</b>	sans reste à charge		sans reste à charge		
<b>Soins hors 100% santé</b>					
Soins dentaires	TM		TM		
<b>Prothèses hors 100% santé (à honoraires maî- trisés* et libres)</b>					
Prothèses à honoraires maîtrisés* et libres	330% BRSS		330% BRSS		
Inlay core à honoraires maîtrisés* et libres	330% BRSS		330% BRSS		
Inlay, onlay à honoraires maîtrisés* et libres	330% BRSS		330% BRSS		
Prothèses non remboursées par la SS (base 107,50€)	330% BRRSS / prothèse		330% BRRSS / prothèse		
<b>Implantologie (non remboursée par la SS)</b>					
Implants dentaires (hors prothèses dentaires)	400€ / an / bénéficiaire		500€ / an / bénéficiaire		
<b>Orthodontie</b>					
Orthodontie	330% BRSS		330% BRSS		
Orthodontie non remboursée par la SS (base 193,50€)	234% BRRSS / semestre / bénéficiaire		234% BRRSS / semestre / bénéficiaire		
<b>Autres actes</b>					
Parodontologie remboursée par la SS	TM		TM		

OPTIQUE (les garanties sont exprimées sous déduction des remboursements de la Sécurité sociale, hors lentilles et chirurgie réfractive)				
1 équipement (2 verres et 1 monture) tous les 2 ans ramené à 1 an si évolution de la vue ou enfant de moins de 16 ans. Pour les enfants de moins de 6 ans, renouvellement possible à l'expiration d'une période de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture.				
Equipements 100% Santé CLASSE A*	sans reste à charge		sans reste à charge	
Equipements hors 100% Santé CLASSE B				
Monture	100 €		100 €	
Verres (par verre selon correction)	Verre unifocal	Verre multifocal	Verre unifocal	Verre multifocal
Dioptrie de 0 à 4	160 €	250 €	160 €	250 €
Dioptrie de 4.25 à 6	160 €	288 €	160 €	288 €
Dioptrie de 6.25 à 8	222 €	300 €	222 €	300 €
Dioptrie de plus de 8	277 €	311 €	277 €	311 €
Prestation d'adaptation des verres par l'opticien pour classe A* et B	100% BRSS		100% BRSS	
Supplément optique avec PLV en vigueur à la date des soins pour classe A* et B	100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV	
Lentilles				
Lentilles (y compris jetables)	300€ / an / bénéficiaire (minimum TM)		300€ / an / bénéficiaire (minimum TM)	
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	300€ / an / bénéficiaire		300€ / an / bénéficiaire	
Autres actes				
Chirurgie réfractive	Néant		15% PMSS / œil / an	
AIDES AUDITIVES Limité à un appareillage par oreille tous les 4 ans				
Equipements 100% Santé CLASSE I*	sans reste à charge		sans reste à charge	
Equipements hors 100% Santé CLASSE II				
Aides auditives dans la limite de 1700€ TTC par aide auditive y compris SS	150% BRSS + 400€ / oreille (minimum TM)		150% BRSS + 400€ / oreille (minimum TM)	
Autres actes				
Accessoires et fournitures (y compris Piles remboursées par la SS)	100 % BRSS		100 % BRSS	
AUTRES ACTES				
Cures Thermales				
Cures thermales acceptées	TM + 100% BRSS		TM + 300% BRSS	
Forfait voyage et hébergement	TM		TM	
Maternité				
Allocation naissance ou adoption	10% PMSS / enfant		20% PMSS / enfant	
Chambre particulière	2% PMSS / jour (dans la limite de 8 journées par séjour)		3% PMSS / jour	
Médecine douce				
Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie, Etiopathie, Homéopathie, Psychomotricité, Pédicure/Podologue et Ergothérapie	300€ / an / bénéficiaire		300€ / an / bénéficiaire	
PREVENTION				
Actes de prévention selon la liste de l'arrêté du 8 juin 2006	Pris en charge au titre du poste dont ils relèvent		Pris en charge au titre du poste dont ils relèvent	Pris en charge au titre du poste dont ils relèvent

\* Dans le respect des honoraires limites de facturation pour le poste dentaire et des prix limites de vente pour le poste optique et audioprothèse.

**BRSS** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - **BRSS** : Base de Remboursement Reconstituée de la Sécurité sociale - **TM** : Ticket Modérateur - **FR** : Frais réels - **DPTAM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (en vigueur à la date des soins) - **FPU** : Forfait Patient Urgence - facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation

**100% Santé** : dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

Les options de la **liste A** et de la **liste B**, et de la **classe I et II**, sont définies par la réglementation

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation.



## **EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS COLONNA FACILITY :**

Nous attirons votre attention sur le fait que le tableau ci-dessous a pour vocation de faciliter la lecture de vos garanties. Néanmoins les exemples cités n'ont aucune valeur contractuelle et ne peuvent donc engager la responsabilité de COLONNA FACILITY. Seule la transmission d'un devis réalisé par nos services peut déterminer le montant exact du remboursement.

Exemples	Préci- sions	Prix moyen pratiqué ou tarif régle- menté	Rem- bourse- ment Sécurité Sociale	BASE (en complément de la SS)		OPTION FACULTATIVE RESPONSABLE (y compris la base)		OPTION FACULTATIVE NON RESPONSABLE (y compris base et option fac. resp.)	
				Colonna	Reste à charge	Colonna	Reste à charge	Colonna	Reste à charge
SOINS COURANTS									
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires		26,50 €	18,55 €	7,95 €	0,00 € *	7,95 €	0,00 € *	7,95 €	0,00 € *
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires		31,50 €	22,05 €	9,45 €	0,00 € *	9,45 €	0,00 € *	9,45 €	0,00 € *
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM)		44,00 €	22,05 €	21,95 €	0,00 € *	21,95 €	0,00 € *	21,95 €	0,00 € *
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM)		56,00 €	16,10 €	29,90 €	10,00 € *	29,90 €	10,00 € *	39,90 €	0,00 € *
DENTAIRE									
Détartrage	Tarif conventionnel	28,92 €	17,35 €	11,57 €	0,00 €	11,57 €	0,00 €	11,57 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100 % santé)	Honoraire limite de facturation	500,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €	428,00 €	0,00 €	428,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires en tarifs maîtrisés <i>Couronne dentaire dentoportée céramométallique sur prémolaires</i>	Honoraire limite de facturation	538,70 €	72,00 €	396,00 €	70,70 €	396,00 €	70,70 €	396,00 €	70,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires en tarifs libres <i>Couronne dentaire dentoportée céramométallique sur molaires</i>	Prix moyen national de l'acte	538,70 €	72,00 €	396,00 €	70,70 €	396,00 €	70,70 €	396,00 €	70,70 €
OPTIQUE (les garanties sont exprimées sous déduction des remboursements de la Sécurité sociale, hors lentilles et chirurgie réfractive)									
Équipement relevant du "Panier 100% Santé"									
Monture	Prix limite de vente	30,00 €	5,40 €	24,60 €	0,00 €	24,60 €	0,00 €	24,60 €	0,00 €
avec 2 verres unifocaux dont la sphère est de -2,25 à -4,00 ou +2,25 à +4,00	Prix limite de vente	95,00 €	17,10 €	77,90 €	0,00 €	77,90 €	0,00 €	77,90 €	0,00 €
Autres équipements (hors 100% Santé)									
Monture	Prix moyen national de l'acte	145,00 €	0,03 €	99,97 €	45,00 €	99,97 €	45,00 €	99,97 €	45,00 €
avec 2 verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -2 à -4	Prix moyen national de l'acte	500,00 €	0,06 €	319,94 €	180,00 €	319,94 €	180,00 €	319,94 €	180,00 €
AIDES AUDITIVES									
Aide auditive par oreille (100% santé)	Prix limite de vente	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €
Aide auditive par oreille (hors 100% santé)	Prix moyen national de l'acte	1 476,00 €	240,00 €	1 000,00 €	236,00 €	1 000,00 €	236,00 €	1 000,00 €	236,00 €

\*Hors participation forfaitaire de 1 euro