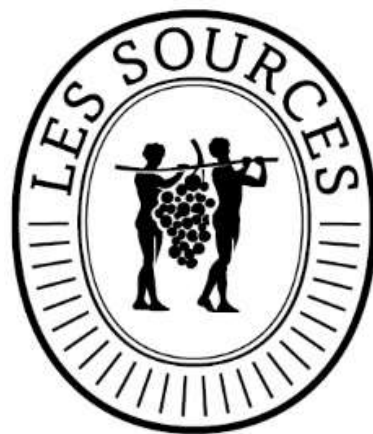


**GROUPE LES SOURCES HOTELS
NON_CADRE**



**RÉSUMÉ DE VOS
GARANTIES**

FRAIS DE SANTÉ



S'engager pour mieux vous protéger.

COLONNA

SOMMAIRE

Ce résumé de garanties complète votre guide assuré et présente les garanties du contrat d'assurance frais de santé dont vous bénéficiez en tant que salarié. Il vous accompagne dans la compréhension de vos prestations et de leurs modalités d'application.



1

FONCTIONNEMENT DU RÉGIME

P.3

P.4

RÉSUMÉ DE VOS GARANTIES

2

3

LEXIQUE

P.6

P.8

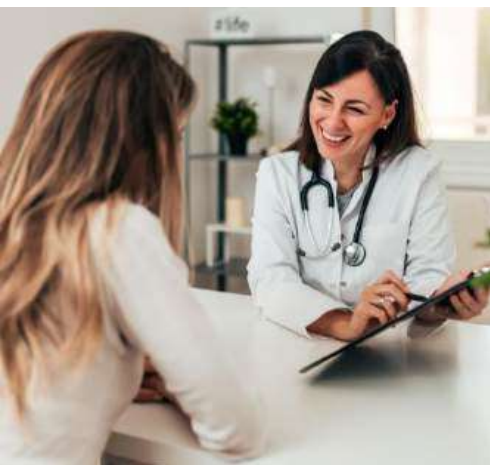
EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

4

5

MES SERVICES

P.9



1 FONCTIONNEMENT DU RÉGIME



QUI PEUT ÊTRE COUVERT ?

Le saviez-vous ?

Vos ayants droit peuvent bénéficier de votre complémentaire santé, à condition de répondre aux définitions reprises ci-dessous.

VOUS, EN TANT QUE SALARIÉ



Comme le prévoit la législation, en tant que salarié, vous êtes automatiquement couvert par la complémentaire santé souscrite par votre employeur. Cette couverture vous protège en cas de dépenses de santé liées, par exemple, à des consultations médicales, hospitalisations, médicaments, soins dentaires, et optiques.

VOTRE CONJOINT



Votre conjoint peut également bénéficier de cette complémentaire santé, sous certaines conditions. Cela inclut le mariage, le PACS, ou une cohabitation prouvée.

VOS ENFANTS



Vos enfants, qu'ils soient à charge fiscalement, mineurs ou étudiants, peuvent aussi être couverts par votre complémentaire. Ils bénéficient ainsi de la même protection, permettant de prendre en charge leurs frais de santé.

NATURE DES FRAIS	Régime de base	Option Facultative	Surco Non Responsable
	(En complément de la SS)	(Y compris la Base)	(Y compris Base et Option)
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
médecin généraliste adhérent à un DPTAM	TM + 120 % BR	TM + 300 % BR	400% BRSS
médecin généraliste non adhérent à un DPTAM	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR	400% BRSS
médecin spécialiste adhérent à un DPTAM	TM + 300 % BR	TM + 300 % BR	400% BRSS
médecin spécialiste non adhérent à un DPTAM	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR	400% BRSS
Petite chirurgie et actes de spécialité			
médecin adhérent à un DPTAM	TM + 120 % BR	TM + 300 % BR	400% BRSS
médecin non adhérent à un DPTAM	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR	400% BRSS
Radiologie et Imagerie Médicale			
médecin adhérent à un DPTAM	TM + 120 % BR	TM + 300 % BR	-
médecin non adhérent à un DPTAM	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR	-
Consultation de psychologue prise en charge par le RO	100% BR	100% BR	-
Analyses et examens de laboratoire	TM + 120 % BR	TM + 120 % BR	-
Auxiliaires médicaux	TM + 120 % BR	TM + 120 % BR	-
Pharmacie prescrite prise en charge par le RO	100 % TM	100 % TM	-
Vaccins prescrits non pris en charge par le RO, par an et par personne assurée	100 €	100 €	-
HOSPITALISATION			
Honoraires			
médecin adhérent à un DPTAM	TM + 380 % BR	TM + 380 % BR	400% BRSS
médecin non adhérent à un DPTAM	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR	400% BRSS
Actes chirurgicaux			
médecin adhérent à un DPTAM	TM + 380 % BR	TM + 380 % BR	400% BRSS
médecin non adhérent à un DPTAM	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR	400% BRSS
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	-
Participation forfaitaire « actes lourds »	100 % FR	100 % FR	-
Frais de séjour			
Frais de séjour en secteur conventionné	400 % BR	400 % BR	-
Frais de séjour en secteur non conventionné	400 % TA	400 % TA	-
Frais d'accompagnement enfant de moins de 12 ans par jour	30 €	100 €	-
Chambre Particulière y compris ambulatoire, par jour	50 €	120 €	-
Chambre Particulière Maternité, par jour	2 % PMSS (limitée à 8 jours par séjour)	3 % PMSS	-
LE + MATERNITÉ			
Indemnité naissance simple	10 % PMSS	20 % PMSS	-
Majoration par enfant supplémentaire	10 % PMSS	20 % PMSS	-
Indemnité d'adoption (présentation du jugement d'adoption)	10 % PMSS	20 % PMSS	-
DENTAIRE			
Soins et Prothèses "Panier 100% Santé" avec Honoraires Limites de Facturation (HLF) en vigueur à la date des soins*	sans reste à charge	sans reste à charge	sans reste à charge
Soins hors 100% santé			
Soins dentaires	100 % TM	100 % TM	-
Inlay, onlay remboursés par la SS	330 % BR	330 % BR	-
Prothèses :			
Prises en charge par le RO	330 % BR	330 % BR	-
Non prises en charge par le RO	330 % BR par prothèse	330 % BR par prothèse	-
Implantologie dentaire (hors prothèses dentaires), par an et par personne assurée	400 €	500 €	-
Parodontologie, par an et par personne assurée	100 % TM	100 % TM	-
Orthodontie prise en charge par le RO	330 % BR	330 % BR	-
Orthodontie non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée	234 % BRSS / semestre	234 % BRSS / semestre	-

OPTIQUE			
Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai)			
Equipements 100% Santé CLASSE A*	sans reste à charge		
Equipements hors 100% Santé CLASSE B			
Monture	100 €	100 €	-
UNIFOCAL			
Verre unifocal De 0 à 4 et cylindre <= 2 (simple)	160 €	160 €	-
Verre unifocal De 0 à 4 et cylindre >2 et de 4,25 à 6 et cylindre <=2 (simple)	160 €	160 €	-
Verre unifocal De 4,25 à 6 et cylindre >2 et de 6,25 à 8 et cylindre <=2 (simple)	222 €	222 €	-
Verre unifocal De 6,25 à 8 et cylindre >2 et de >= 8,25 qqs le cylindre (complexe)	277 €	277 €	-
MULTIFOCAL			
Verre multifocal De 0 à 4 et cylindre <= 2 (complexe)	250 €	250 €	-
Verre multifocal De 0 à 4 et cylindre >2 et de 4,25 à 6 et cylindre <=2 (complexe)	288 €	288 €	-
Verre multifocal De 4,25 à 6 et cylindre >2 et de 6,25 à 8 et cylindre <=2 (complexe)	300 €	300 €	-
Verre multifocal De 6,25 à 8 et cylindre >2 et de >= 8,25 qqs le cylindre (très complexe)	311 €	311 €	-
Adaptation de la prescription médicale de verre correcteur par l'opticien	100% BR	100% BR	-
Lentilles			
Lentilles prescrites prises en charge par le RO (y compris jetables), par an et par personne assurée	300 € (Minimum TM)	300 € (Minimum TM)	-
Lentilles non prises en charge par le RO (y compris jetables), par an et par personne assurée	300 €	300 €	-
Chirurgie réfractive (correction des défauts visuels), par oeil	-	15 % PMSS par oeil	-
AIDES AUDITIVES Limité à un appareillage par oreille tous les 4 ans			
Equipements 100% Santé CLASSE I*			
Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)			
Equipements hors 100% Santé CLASSE II			
Prothèses auditives prises en charge par le RO	150 % BR + 400 € (minimum TM)	150 % BR + 400 € (minimum TM)	-
Autres actes			
Accessoires pris en charge par le RO	100 % BR	100 % BR	-
AUTRES ACTES			
Cures thermales prises en charge par le RO (y compris hospitalisation) :			
Frais supplémentaires hébergement et transport, par an et par personne assurée	100 % TM	100 % TM	-
médecin adhérent à un DPTAM	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR	-
médecin non adhérent à un DPTAM	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR	-
Aide au sevrage tabagique non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée	80 €	80 €	-
Moyens contraceptifs prescrits non pris en charge par le RO, par an et par personne assurée	3 % PMSS	3 % PMSS	-
Matériel médical :			
Prothèses médicales et orthopédiques (hors aides auditives) prises en charge par le RO	65 % BR	150 % BR	-
Petit appareillage médical (hors optique, dentaire et aides auditives)	140 % BR	140 % BR	-
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire y compris en cas d'hospitalisation	100 % TM	TM + 300 % BR	-
Médecine douce			
Médecine Douce incluant : Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Etiopathie, Homéopathie, Psychomotricité, Pédiacre-Podologue et Ergothérapie	300 € par an et par personne assurée	300 € par an et par personne assurée	-
PREVENTION			
Actes et prestations de prévention pris en charge par le RO	INCLUS		-
Assistance	INCLUS		-
Solution(s) de télémédecine proposée(s) par l'assureur	INCLUS		-



Les prestations énoncées dans le tableau ci-dessus s'entendent **en complément** des prestations versées par la Sécurité sociale ou par tout autre organisme et ne peuvent excéder les frais

réellement engagés et sous réserve des dispositions prévues aux conditions générales. 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 mention particulière au tableau de garanties. Lorsque la Sécurité sociale intervient, le régime prend a minima en charge le Ticket Modérateur conformément à la réglementation,



Retrouvez ci-dessous les définitions des principaux termes et abréviations qui vous aideront à comprendre vos garanties.

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

L'Assurance Maladie fixe un tarif de référence pour la facturation des actes de médicaux par les professionnels de santé. Il sert de base pour le calcul des remboursements de l'Assurance Maladie et de la mutuelle. Ces montants correspondent à un pourcentage de ce tarif de référence.

BRRSS : Base de Remboursement Reconstituée de la Sécurité sociale

Dépassement d'honoraires : Il s'agit du montant pouvant être facturé par certains professionnels de santé au-delà du tarif de référence fixé par l'Assurance Maladie.

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Forfait : L'indication d'un montant en euros signifie que la complémentaire santé rembourse la somme indiquée, en plus du remboursement éventuel de l'Assurance Maladie. C'est principalement le cas pour les frais optiques car les tarifs de référence de l'Assurance Maladie sont très bas. C'est aussi le cas pour certains actes non remboursés par l'Assurance Maladie.

FPU : Forfait Patient Urgence - facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation

FR : Frais réels

- Il s'agit du montant total facturé par le professionnel de santé.
- L'indication « Frais réels » signifie que la complémentaire santé complète la somme remboursée par l'Assurance Maladie pour atteindre le montant total facturé par le professionnel de santé.

Participation forfaitaire : Il s'agit du montant restant obligatoirement à la charge de l'assuré. Il ne peut être pris en charge, ni par l'Assurance Maladie, ni par votre complémentaire santé. Son montant a récemment évolué et est fixé, par exemple, à 2 € pour une consultation.

Exemple : le prix de la consultation de votre généraliste est de 30,00 €. Le remboursement total auquel peut prétendre un assuré (Assurance Maladie + complémentaire santé) sera de 28 € (30 € - 2 € de participation forfaitaire).

Le montant cumulé des participations forfaitaires est plafonné à 50 € par an.

PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (en vigueur à la date des soins)

- C'est l'indice de référence utilisé pour calculer l'ensemble des prestations et charges sociales. Il est fixé chaque année au 1^{er} janvier et est susceptible d'évoluer tous les ans. Certaines garanties sont ainsi exprimées en % de cet indice de référence.
- L'indication d'un forfaitaire exprimé en PMSS signifie que la complémentaire santé rembourse, en plus de la prise en charge éventuelle de l'Assurance Maladie, la somme correspondante au pourcentage du PMSS indiqué. Ce montant augmente tous les ans avec la revalorisation au 1^{er} janvier du PMSS.

SS: Sécurité sociale

TM: Ticket Modérateur

- Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré une fois que l'Assurance Maladie a remboursé sa part.
- L'indication « 100% TM » signifie que la complémentaire santé complète le montant remboursé par l'Assurance Maladie pour atteindre 100% du tarif de référence pour l'acte concerné.
- C'est le montant minimum pris en charge par les complémentaire santé pour tous les actes donnant lieu à remboursement de l'Assurance Maladie.

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 réglementairement 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.

4 EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

Les exemples de garanties ci-dessous ont pour objectif de faciliter la lecture de vos garanties.

Les exemples cités n'ont aucune valeur contractuelle et ne peuvent donc engager la responsabilité de Colonna. Seule la transmission d'un devis réalisé par nos services peut déterminer le montant exact du remboursement.



Régime de base	€19.00	€9.00	€2.00
Option 1	€19.00	€9.00	€2.00



Régime de base	€14.10	€29.90	€12.00
Option 1	€14.10	€29.90	€12.00



Régime de base	€0.09	€159.91	€215.00
Option 1	€0.09	€159.91	€215.00



Régime de base	€72.00	€396.00	€182.00
Option 1	€72.00	€396.00	€182.00



Régime de base	€65.00	€
Option 1	€65.00	€



Remboursement Sécurité sociale



Remboursement Colonna



Reste à charge

*Exemple pour une personne dépendant du régime général, hors participation forfaitaire.

Exemples calculés à partir des bases et taux de remboursements SS connus au 06/12/2024 – Document non contractuel.



Bénéficiez de soins d'exception à tarifs négociés



Grâce à votre réseau de soins, bénéficiez de **nombreux avantages auprès des professionnels de santé** en **optique** et en **audiologie**.

Accédez à des services de **qualité supérieure avec des tarifs préférentiels** négociés pour vous par votre complémentaire santé Colonna.



Diminution de vos dépenses de santé



Qualité et expertise



Simplicité et rapidité



Réseau de soins très étendu et accessible

Comment en bénéficier ?

1

Localisez votre professionnel de santé partenaire près de chez vous.

Sur **votre espace santé** Rubrique « Mes services »,

Depuis votre **application mobile** Colonna Facility ou **le web** assure.cofacility.fr/ase

2

Présentez votre carte de Tiers Payant et bénéficiez immédiatement des avantages du réseau sans avancer vos frais de santé.

3

Profitez des nombreux avantages sur les équipements optiques (verres, montures, lentilles de contact) et d'audiologie



Grâce à la téléconsultation
Accédez à une santé immédiate et en tous lieux

” **La téléconsultation : la santé à portée de main, où que vous soyez !** Accédez rapidement à des soins médicaux, en toute sécurité, 24h/24 et 7j/7. Simplifiez vos consultations avec un médecin partenaire depuis votre domicile, sans contrainte de déplacement. Un nouveau mode de soin plus pratique et toujours disponible, pour prendre soin de vous quand vous en avez besoin. “



Santé instantanée
Zéro contrainte



Prise en charge immédiate,
sans rendez-vous
où que vous soyez



Zéro avance de
frais



Ordonnance
numérisée

Comment en bénéficier ?

1

Connectez-vous à votre espace santé, rubrique « Mes services » ,

Depuis votre **application mobile**

Colonna Facility
ou **le web**

assure.cofacility.fr/ase

2

Créez votre compte en renseignant vos données personnelles.


3

Consultez un médecin en ligne en moins de 10 minutes.

Vos **ordonnances** sont disponibles sur votre compte.

Et en **+**, bénéficiez de conseils santé.

CONTACTEZ VOTRE CENTRE DE RELATION CLIENTS

 **DEPUIS VOTRE ESPACE SANTÉ**
> RUBRIQUE "NOUS
CONTACTER"



- Sur l'appli mobile :
Colonna Facility



- Sur le web :
assure.cofacility.fr
se



sante@cofacility.fr



02 54 88 38 10



**41207 ROMORANTIN
CEDEX**

Une réclamation ?

Notre 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 2022-R-01 du 9 mai 2022). Recours à la médiation possible par courrier : Médiateur de la Protection Sociale - CTIP - 10 rue Cambacérès - 75008 PARIS ou en ligne <https://www.ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

COLONNA

COLONNA FACILITY– 52 Bld du Parc 92200 NEUILLY-SUR-SEINE – SAS au capital de 37.000 € - SIREN 490 527 199 – RCS NANTERRE
N°ORIAS 07 031 094 – www.orias.fr - Sous le contrôle de l'Autorité de contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 place de Budapest, CS
92459 – 75436 PARIS cedex 09 – www.acpr.banque-France.fr - Assurance RCPro et GF conformes au Code des Assurances