

# notice d'information

**Garanties réservées à l'ensemble du personnel en activité ou assimilé du Commissariat à l'Energie Atomique**

Vous bénéficiez des avantages d'un contrat d'assurance obligatoire collective assuré par la SMAPRI.

Cette notice d'information est destinée à vous informer sur vos prestations.



Les remboursements sont complémentaires aux prestations de la Sécurité sociale effectuées au titre de l'assurance maladie et maternité (sous réserve des risques exclus). Dans l'intérêt de tous, nous vous invitons à évaluer au mieux vos besoins médicaux ainsi qu'à comparer les prestations et les tarifs des praticiens (à titre d'information, le seul poste "prothèses dentaires" représente 20 % des charges du régime).

contrat d'entreprise • édition novembre 2011 •



SANTÉ



## ◆ Quels sont les bénéficiaires des prestations de la mutuelle ?

Sous réserve que la cotisation correspondant à leur situation ait été versée, ce sont les personnes suivantes :

### 1 - De plein droit et à titre obligatoire

> **Les salariés en activité** dont le contrat relève de la Convention de travail ou octroie le bénéfice des activités sociales prévues à cette même Convention

> **Les salariés en cessation anticipée d'activité** (NIG 119/419, NIG 213 et CAA FLS) percevant un salaire d'inactivité

> **Les salariés en congé sans solde de moins d'un mois** ou en congé indemnisé au titre du compte épargne temps

> **Ainsi que leurs ayants droits** définis comme suit, sous réserve, le cas échéant, de conditions de ressources nettes d'origine salariale du premier semestre civil de l'année précédente inférieures ou égales à 4 fois la valeur du SMIC mensuel brut base 39 heures (1) :

- *Les conjoints (4) ou partenaires liés par un PACS ou concubins à charge,*
- *Les enfants (5) :*
  - *étudiants âgés de moins de 29 ans (2) (année universitaire concernée),*
  - *en apprentissage de moins de 25 ans,*
  - *rattachés au foyer au plan de la Sécurité sociale, âgés de moins de 29 ans,*
  - *handicapés (3) célibataires ou veufs, quel que soit l'âge,*
- *Les ascendants (à charge au sens de la Sécurité sociale),*
- *Les petits-enfants (à charge au sens de la Sécurité sociale) du mutualiste résidant chez ce dernier, sous réserve que son parent dispose de ressources inférieures au seuil.*
- *Les enfants âgés de moins de 29 ans, orphelins de père ou de mère.*

(1) Toutefois, si la situation de l'intéressé évolue au second semestre, elle sera revue à condition qu'il se manifeste auprès des services compétents

(2) Sauf cas particuliers reconnus par la Sécurité sociale

(3) Sans limite d'âge mais devant soit être scolarisés en milieu spécifique, soit percevant obligatoirement l'Allocation Adulte Handicapé (AAH).

(4) Les conjoints retraités inconnus (comme ayants-droit ou comme conjoints cotisants) peuvent être bénéficiaires si la demande est faite dans les six mois suivant la date d'effet de leur retraite.

(5) Les enfants dont les deux parents sont salariés du CEA ne peuvent prétendre qu'à un seul des contrats des assurés concernés.

## [ Sommaire

### [>] Votre complémentaire santé

2> **Quels sont les bénéficiaires de la complémentaire santé ?**

4> **Quels sont vos remboursements de santé ?**

8> **Comment obtenir vos remboursements ?**

9> **Les services accompagnant votre contrat**

- > Tiers-payant
- > Prise en charge hospitalière
- > Avances sur frais importants
- > Garantie assistance
- > Prise en charge des substituts nicotiques
- > Prévention
- > Action sociale
- > Relations clients - Réclamations
- > Services Internet

### [>] Dispositions générales

## Changement de situation professionnelle ou familiale

Prenez contact avec votre service du personnel ou avec la SMAPRI :

Toute modification de la situation du mutualiste ou de ses ayants droit doit être impérativement communiquée à la SMAPRI, accompagnée des justificatifs éventuels.

## 2 - De plein droit mais à titre facultatif (1) (2)

> **Les salariés en congé sans solde supérieur à un mois**, non indemnisés au titre du compte épargne temps.

> **Les salariés en congé parental.**

> **Les salariés en invalidité 1ère catégorie en inactivité**, bénéficiaires d'une couverture Invalidité mise en place par le CEA jusqu'à la fin de leur contrat de travail avec le CEA.

> **Les salariés en invalidité 2ème et 3ème catégories**, bénéficiaires d'une couverture Invalidité mise en place par le CEA jusqu'à la fin de leur contrat de travail avec le CEA.

> **Les salariés détachés à l'extérieur du CEA** (salaire non versé par le CEA).

> **Les retraités.**

> **Les anciens salariés privés d'emploi** bénéficiant d'une allocation chômage si le CEA était le dernier employeur et s'ils bénéficiaient des activités sociales.

- **Les ayants droit bénéficiaires du régime sont, s'il y en a, les mêmes que précédemment (Point I).**

> **Les conjoints ou concubins** de salariés actifs ou retraités décédés si leurs ressources nettes d'origine salariale du premier semestre civil de l'année précédente sont inférieures ou égales à 4 fois la valeur du SMIC mensuel brut base 39 heures (3) (4).

> **Les conjoints séparés de droit ou divorcés** et non remariés ou concubins séparés quelles que soient les ressources.

> **Les enfants handicapés** (5), célibataires ou veufs dont les ressources nettes d'origine salariale du premier semestre civil de l'année précédente sont supérieures à 4 fois la valeur du SMIC mensuel brut (4).

> **Les enfants orphelins** de père et de mère, âgés de moins de 29 ans, s'ils remplissent les conditions d'ayants droit du mutualiste.

## 3 - A titre facultatif

> **Les conjoints (6) ou concubins et enfants âgés de moins de 29 ans** des salariés actifs ou retraités (décédés ou non) si leurs ressources nettes d'origine salariale du premier semestre civil sont supérieures à 4 fois la valeur du SMIC mensuel brut base 39 heures (3) (4).

> **Les petits enfants** (à charge au sens de la Sécurité sociale) du mutualiste, résidant chez ce dernier si son parent dispose de ressources supérieures au seuil.

**Un délai de stage de 3 mois pour toutes les prestations (sauf pour le dentaire et optique où le délai de stage est porté à 6 mois) est appliqué pour toute nouvelle adhésion, sauf présentation d'un certificat de radiation d'une autre mutuelle. La date de radiation de celle-ci doit précéder sans interruption la date d'adhésion.**

(1) A condition d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent le changement de situation.

(2) La cotisation varie en fonction des situations définies ci-après.

(3) **La condition de ressources n'est pas applicable aux conjoints ou concubins Travailleurs Non Salariés (TNS) qui doivent nécessairement cotiser.**

(4) Toutefois, si la situation de l'intéressé évolue au second semestre, elle sera revue à condition qu'il se manifeste auprès des services compétents de la SMAPRI.

(5) Sans limite d'âge mais devant soit être scolarisés en milieu spécifique, soit percevant obligatoirement l'Allocation Adulte Handicapé (AAH).

(6) **Les conjoints retraités inconnus comme ayants-droit ou comme conjoints cotisants peuvent adhérer dans les six mois suivant la date d'effet de leur retraite.**

## ◆ Quels sont vos remboursements de santé ?

Nos remboursements s'ajoutent à ceux éventuellement versés par la Sécurité sociale et tout autre organisme complémentaire. Le total des remboursements ne peut dépasser les frais réellement engagés. **Les garanties modifiées au 01.01.2012 sont surlignées.**

Hospitalisation	<b>Hospitalisation Chirurgicale</b> Frais de séjour et fournitures diverses, salle d'opération - Soins pré et post opératoires Honoraires Ets. conventionnés Honoraires Ets. non conventionnés	Etablissements conventionnés ou non <b>100 % de la base de remboursement (1)</b> <b>100 % des Frais Réels (1)</b> dans la limite de 200 % de la base de remboursement <b>100 % de la base de remboursement (1)</b>
	<b>Hospitalisation médicale</b>	<b>100 % des Frais Réels (1)</b> dans la limite de 100 % de la base de remboursement
	<b>Chambre particulière (y compris en maternité et pour les frais de tire-lait)</b>	<b>100 % des Frais Réels</b> dans la limite de <b>2 %</b> du plafond mensuel de la Sécurité sociale (2) par jour <i>(au lieu de 1,26 % en 2011)</i>
	<b>Forfait hospitalier</b>	<b>100 % des Frais Réels</b> dans la limite de 18 € (3) par jour
	<b>Lit d'accompagnement (enfant de moins de 14 ans)</b>	<b>100 % des Frais Réels</b> dans la limite de <b>20 €</b> (3) par jour <i>(au lieu de 12,54 € en 2011)</i>
Soins courants	<b>Consultations et Visites</b> Omnipraticien ou Spécialiste Indemnités de déplacement	<b>100 % des Frais Réels (1)</b> dans la limite de 55 % de la base de remboursement
	<b>Soins d'auxiliaires médicaux, Frais d'analyses et de laboratoire</b>	<b>100 % de la base de remboursement (1)</b> dans la limite de 40 % de la base de remboursement
	<b>Actes de spécialité</b>	<b>100 % de la base de remboursement (1)</b> dans la limite de 30 % de la base de remboursement
	<b>Frais pharmaceutiques</b> remboursés par la Sécurité sociale à 65 % à 35 % et à 15 %	<b>100 % du tarif de responsabilité ou du tarif forfaitaire de responsabilité (1)</b> dans la limite de 35 % de ce même tarif dans la limite de 30 % de ce même tarif
	<b>Electroradiologie</b> <b>Ostéodensitométrie</b> prise en charge par la Sécurité sociale	<b>100 % de la base de remboursement (1)</b> dans la limite de 30 % de la base de remboursement
	<b>Traitement anti-tabac</b> remboursé par la Sécurité sociale	<b>100 % des Frais Réels (1)</b> dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 50 €
	<b>Frais de transport</b>	<b>100 % de la base de remboursement (1)</b> dans la limite de 30 % de la base de remboursement
	<b>Médecine alternative</b> Ostéopathes, Chiropracteurs, Etiopathes, Acupuncteurs	<b>100 % des Frais Réels</b> limités à 25 € par séance et de 2 séances par an et par bénéficiaire <i>(au lieu de Néant en 2011)</i>
Optique	<b>Verres</b> Adultes Enfants de moins de 18 ans	<b>100 % des Frais Réels</b> limités à 25 fois la base de remboursement (1) <b>100 % des Frais Réels</b> limités à 8,7 fois la base de remboursement (1)
	<b>Montures</b> Adultes Enfants de moins de 18 ans	<b>100 % des Frais Réels</b> limités à 24,15 fois la base de remboursement (1) <b>100 % des Frais Réels</b> limités à 2,25 fois la base de remboursement (1)
	<b>Réparations et rectifications - Adulte</b> (sur présentation de la facture)	<b>80 % des Frais Réels</b> limités à 4,90 fois la base de remboursement
	<b>Lentilles</b> prises en charge ou non par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	<b>100 % des Frais Réels (1)</b> dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 12 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (2)
	<b>Traitements chirurgicaux des troubles visuels</b> (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	<b>100 % des Frais Réels</b> dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 26 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (2) par œil opéré <i>(au lieu de 500 € en 2011)</i>

Dentaire	Soins dentaires - radiologie	100 % de la base de remboursement (1) dans la limite de 30 % de la base de remboursement
	Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	100 % des Frais Réels dans la limite de 340 % de la base de remboursement (1)
	Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	100 % des Frais Réels dans la limite de 390 % de la base de remboursement (1)
	Travaux hors nomenclature (uniquement prothèses)	Forfait de 21,50 € (3) par acte
	Prothèses provisoires	Forfait de 64,50 € (3) par acte
	Appareil brisé	100 % des Frais Réels limités à un montant de 107,50 € (3)
	Implants dentaires	80 % des Frais Réels dans la limite de 34 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (2) par implant et de 2 implants par an et par bénéficiaire (au lieu de Néant en 2011)
	Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	100 % des Frais Réels dans la limite de 300 % de la base de remboursement (1) (au lieu de 200 % en 2011)
	Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale (pour un enfant à charge de 16 à 29 ans, sous réserve d'une visite préventive avant 16 ans)	100 % des Frais Réels dans la limite de 387 € (3) par semestre de soins
Appareillage	Appareils et prothèses autres qu'auditives Petits appareillages	100 % des Frais Réels (1) dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 20 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (2)
	Gros appareillages	100 % des Frais Réels (1) limités à 3,45 fois la base de remboursement
	Prothèses auditives prises en charge ou non par la Sécurité sociale Adultes	100 % des Frais Réels limités à 3,45 fois la base de remboursement (1)
	Enfants ayants droit de moins de 29 ans	100 % des Frais Réels limités à 5,15 fois la base de remboursement (1)
	Entretien des appareils autres qu'auditifs	100 % des Frais Réels limités à 3,45 fois la base de remboursement (1)
	Entretien des appareils auditifs pris en charge ou non par la Sécurité sociale (1 ou 2 oreilles)	100 % des Frais Réels limités à 7 fois le forfait annuel prévu par la Sécurité sociale (1) (au lieu de 3,45 fois en 2011)
Cures	Cures Thermales prises en charge par la Sécurité sociale (hors thalassothérapie)	100 % des Frais Réels (1) dans la limite d'une allocation annuelle et par bénéficiaire égale à 15 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (2)
Prévention	Frais de prévention réglementaire	Prise en charge des actes de prévention (4) dans la limite des prestations garanties par le contrat (5)

(1) sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale - (2) en vigueur au 1er janvier de l'année - (3) l'évolution des coûts des forfaits exprimés en euros fera l'objet d'un suivi en comité de surveillance de l'accord et les remboursements prévus pourront évoluer par voie d'avenant - (4) figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006 (5) A titre indicatif le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste Soins dentaires.

**(C) Cas particulier > Les soins engagés hors de France**  
**En cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale à l'étranger, les remboursements sont limités par an et par personne à 1,5 plafond annuel de la Sécurité sociale.**

## [ Les mots pour se comprendre

### Nomenclature

Liste codifiée des produits et actes donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale au titre des prestations en nature.

### Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS)

Plafond servant de base à la Sécurité sociale pour le calcul de ses cotisations et de ses prestations. Valeur mensuelle au 1<sup>er</sup> janvier 2012 : 3 031 euros.

### Base de Remboursement (BR)

Assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

### Tarif de responsabilité

Base de remboursement de la Sécurité sociale pour les produits pharmaceutiques.

### Tarif forfaitaire de responsabilité

Base de remboursement de la Sécurité sociale pour le principe d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

### Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)

Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) multipliée par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

### Ticket Modérateur (TM)

Part des frais de soins de santé non remboursée par la Sécurité sociale égale à la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

### Hospitalisation

#### • Hospitalisation chirurgicale

- Frais chirurgicaux proprement dits.

#### • Hospitalisation médicale

- pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos... ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale.
- **Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales**
- Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et Prestations facturables et spécialités pharmaceutiques).
- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire.
- Frais de chambre particulière.
- Forfait hospitalier.
- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de **moins de 14 ans**.

### Limitation pour l'hospitalisation médicale

La prise en charge commence **au 1er jour d'hospitalisation et cesse, au plus tard, au 365ème jour suivant**. Le participant ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une **interruption d'hospitalisation entre 2 séjours supérieure à 90 jours continus** et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

**En cas d'hospitalisation médicale, les frais de chambre particulière, le forfait hospitalier, sont aussi limités à 365 jours.**

## Schéma d'un exemple de remboursement dans le cadre du parcours de soins

Consultation d'un médecin généraliste conventionné à honoraires libres - Prix payé : 31 €

Base de remboursement (BR) Sécurité sociale : 23 € (1)

Dépassement : 8 €

Remboursement Sécurité sociale  
70 % de la BR moins 1 € (2) soit 15,10 €

Ticket modérateur  
30 % de la BR soit 6,90 €

Reste à charge

> sans complémentaire santé : 1 € (2) + 6,90 € + 8 € = 15,90 €

> avec votre complémentaire santé = 1 € (2) + 2,25 € = 3,25 €

(1) Tarif au 1er juillet 2011 - (2) Participation forfaitaire dont le remboursement ne peut intervenir dans le cadre du contrat responsable.

## ◆ Exemples de remboursements au 01.01.2012

	Régime de base	
<b>Consultation chez un généraliste avec dépassement</b> > Formule jusqu'à	<b>55 % de la BR</b>	
Vous payez 28 € - Base de remboursement = 23 €		
	<b>En parcours de soins</b>	<b>Hors du parcours de soins (2)</b>
Remboursement SS =	15,10 €	5,90 €
Remboursement contrat	11,90 €	11,90 €
Remboursement SS + contrat	27,00 €	17,80 €
Reste à votre charge	1,00 €	10,20 €
<b>Consultation chez un spécialiste avec dépassement</b> > Formule jusqu'à	<b>55 % de la BR</b>	
Vous payez 50 € - Base de remboursement = 25 €		
	<b>En parcours de soins</b>	<b>Hors du parcours de soins (2)</b>
Remboursement SS =	16,50 €	6,50 €
Remboursement contrat	13,75 €	13,75 €
Remboursement SS + contrat	30,25 €	20,25 €
Reste à votre charge	19,75 €	29,75 €
<b>Couronne dentaire prise en charge</b> > Formule jusqu'à	<b>390 % de la BR (1) soit 320 % de la BR</b>	
Vous payez 500 € Base de remboursement = 107,50 € Remboursement SS = 75,25 €		
Remboursement contrat	344,00 €	
Remboursement SS + contrat	419,25 €	
Reste à votre charge	80,75 €	
<b>Orthodontie prise en charge par la SS</b> > Formule jusqu'à	<b>300 % de la BR (1) soit 200 % de la BR</b>	
Vous payez pour un semestre 650 € Base de remboursement = 193,50 € Remboursement SS = 193,50 €		
Remboursement contrat	387,00 €	
Remboursement SS + contrat	580,50 €	
Reste à votre charge	69,50 €	
<b>Lunettes (verres et monture) pour un adulte</b> > Formule monture jusqu'à > Formule verres jusqu'à	<b>24,15 fois la BR (1) 25 fois la BR (1)</b>	
Vous payez 150 € pour la monture 400 € pour les verres		
Tarif SS de la monture = 2,84 € Remboursement SS de la monture = 1,70 € Tarif SS pour 1 verre = 7,32 €, pour 2 = 14,64 € (verre progressif, correction moyenne +4 ; -4) Remboursement SS pour un verre = 4,39 € pour deux verres = 8,78 €		
<b>Montures / Verres</b>	<b>Montures</b>	<b>Verres</b>
Remboursement contrat	66,74 €	356,48 €
Remboursement SS + contrat	68,44 €	365,26 €
Reste à votre charge	81,56 €	34,74 €

**BR = Base de remboursement**

(1) sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale (SS) - (2) le taux de remboursement de la Sécurité sociale hors du parcours de soins est de 30 % à compter du 01/02/2009.

## ◆ Comment obtenir vos remboursements ?

### > Le délai de règlement des prestations

Vos remboursements sont versés, en principe par virement bancaire ou postal dans les 48 heures (hors délais de poste et bancaires) qui suivent la réception de l'ensemble des pièces requises. Ce délai est donné à titre indicatif.

### > Service relations clients

Pour répondre à toutes questions relatives à votre régime souscrit, aux prestations versées, aux garanties offertes, aux démarches à effectuer, ...

**Notre centre d'appels téléphoniques 02 54 57 44 33 est votre disposition du Lundi au Vendredi, de 8 heures à 18 heures sans interruption.**

### Les justificatifs à fournir pour vos demandes de remboursement

#### Vous êtes bénéficiaire NOEMIE

Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge pour les Etablissements conventionnés et dans tous les cas pour les Etablissements non conventionnés : facture originale de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement ...)
Hospitalisation à domicile	Facture forfaitaire indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
Optique	Facture détaillée Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale
Prothèses dentaires prises en charge ou non par la Sécurité sociale Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	Imprimé type de notre organisme et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité sociale. Ce(s) document(s) pourra(ont) être soumis au chirurgien dentiste conseil de notre organisme qui pourra être amené à modifier ou refuser le montant pris en charge. Un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes peut être transmis au préalable à notre organisme pour avis sur le montant de la prestation.
Cure thermale	Facture acquittée du séjour

#### Vous n'êtes pas bénéficiaire NOEMIE

Si les soins sont pris en charge par la Sécurité sociale, vous devez fournir en plus des pièces justificatives indiquées dans le tableau, le décompte original de la Sécurité sociale.

**En cas de Tiers Payant avec la Sécurité sociale mais sans Tiers Payant avec notre organisme : vous devrez fournir la facture acquittée du Ticket Modérateur.**

#### (\*) Date d'envoi des dossiers

Les demandes de prestations accompagnées des justificatifs doivent nous parvenir dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de réalisation de la prestation maladie ou de sa connaissance. Passé ce délai, le participant sera déchu de ses droits si notre organisme prouve avoir subi un préjudice du fait de cette déclaration tardive.

Notre organisme prend en compte la date d'exécution de l'acte et non celle de l'ordonnance, de la prescription ou de la demande de prise en charge Sécurité sociale.

### > Délai de prescription

**Conformément aux dispositions prévues à l'article L 932-13 du Code de la Sécurité sociale, toutes actions dérivant du contrat doivent être engagées dans les deux ans de l'événement qui y donne naissance.**

### > Recours subrogatoire

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à notre organisme dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. (Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985).

## Risques exclus

Ne sont pas pris en charge :

1. les actes hors nomenclature, sauf mention contraire indiquée dans le tableau des prestations,
  - les médicaments ou actes non remboursés par la Sécurité sociale et notamment les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique,
2. dans le cadre du respect du cahier des charges « contrat responsable »
  - la participation forfaitaire et les franchises médicales mises à la charge du bénéficiaire par la Sécurité sociale (art. L322-2 du Code de la Sécurité sociale),
  - la majoration de la participation du bénéficiaire à ses frais d'actes ou de prestations de soins de santé dans le ou les cas où :
    - . il n'a pas choisi son médecin traitant (article L162-5-3 alinéa 5 du code de la Sécurité sociale),
    - . il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant, (article L162-5-3 alinéa 5 du Code de la Sécurité sociale),
    - . il refuse, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, au professionnel de santé auquel il a recours, l'accès à son dossier médical personnel ou sa mise à jour, (article L161-36-2 alinéa 2 du Code de la Sécurité sociale),
  - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par le médecin spécialiste lorsque le bénéficiaire le consulte directement sans respecter le parcours de soins coordonnés, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques visé à l'article L162-5 18° du code de la Sécurité sociale.

Le fait que notre organisme ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

## ◆ Les services accompagnant votre contrat

### > Tiers-payant (laboratoires - radiologie - kinésithérapie - soins externes)

La SMAPRI adhère au système ISanté sur l'ensemble du territoire métropolitain (y compris la Corse).

Le tiers payant ISANTE est un service qui s'ajoute au tiers payant du régime obligatoire d'assurance maladie. Ce service n'est possible qu'auprès des professionnels de santé conventionnés par ISANTE.

Pour bénéficier du tiers-payant, il suffit simplement de présenter aux professionnels de santé ayant signé une convention avec ISANTE :

- votre carte d'assuré social (votre carte vitale et son attestation) en cours de validité,
- votre attestation de tiers-payant ISANTE en cours de validité.

Chaque année une nouvelle attestation de tiers-payant ISANTE est adressée à chaque bénéficiaire du régime immatriculé sous son propre numéro de Sécurité sociale (et non par famille). Elle est adressée directement à votre domicile.

**Elle doit être restituée si vous n'êtes plus couvert par le régime. Pour les actes en tiers-payant, trois situations peuvent se présenter :**

1. Vous n'avez pas utilisé le service du tiers-payant (règlement de la totalité des frais), la procédure est la même que pour tous les

autres actes médicaux hors tiers-payant.

2. Vous avez utilisé le service du tiers-payant complet (tiers-payant régime obligatoire et tiers-payant mutuelle). La mention suivante « **frais en tiers-payant sont réglés directement au mandataire concerné** » figurera sur vos décomptes de la SMAPRI.
3. Vous avez utilisé le tiers-payant régime obligatoire dans le cas où le professionnel de santé n'est pas conventionné par ISANTE. Vous devrez régler le ticket modérateur et pour pouvoir être remboursé du complément, il vous faudra **impérativement** adresser à la SMAPRI la facture du praticien.

### > Prise en charge hospitalière

La prise en charge est établie sur simple appel téléphonique du mutualiste ou de l'établissement hospitalier **conventionné** avec la Sécurité sociale au **02 54 57 44 33**. Aucune confirmation ne sera demandée par courrier si toutes les informations ont été transmises. La demande peut aussi être effectuée par courrier, par fax ou **via Internet** sur le site **www.particuliers.prevoyance.aprionis.fr**  
Quel que soit le moyen choisi :

- Le mutualiste ou l'établissement hospitalier devra préciser le numéro de Sécurité sociale du bénéficiaire, les nom, prénom et date de naissance du bénéficiaire, la date et la nature de

l'hospitalisation (chirurgicale, médicale, ou maternité). Cette demande dispensera de tout paiement lors de la sortie, dans la limite du régime, **à l'exception bien sûr des frais personnels (téléphone, télévision, ...)**.

- La prise en charge hospitalière est adressée directement à l'établissement conventionné ou au mutualiste sur sa demande. **La prise en charge est transmise uniquement à la personne qui en fait la demande. Aucun courrier de confirmation n'est adressé par la SMAPRI.**
- Si l'hospitalisation n'a donné lieu à aucune prise en charge par la SMAPRI, le mutualiste devra donc régler son séjour hospitalier à l'établissement. **Dans ce cas, le mutualiste devra adresser à la SMAPRI la facture originale.**

### > Avances sur frais importants (Prothèses dentaires, orthodontie, optique, autres appareillages onéreux)

Après demande du mutualiste par courrier, fax ou mail, la SMAPRI peut consentir exceptionnellement une avance sur les prestations si le montant du remboursement attendu représente **au moins 200 €**. L'avance est consentie au vu d'un devis détaillé et codifié des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité sociale. Elle est égale à 80 % du remboursement attendu et est adressée directement au praticien ou au fournisseur. **Aucune confirmation n'est adressée au mutualiste.**

Le solde est réglé au mutualiste à réception des données Noémie (ou du décompte Sécurité sociale) et de la facture définitive.

### > Garantie assistance

C'est un service utile qui va au-delà des prestations prévues par votre régime.

Grâce aux garanties Assistance, vous et votre famille bénéficiez gratuitement de services concrets et utiles.

- **Une assistance médicale 24 h/24 et 7 j/7** pour vous apporter des solutions immédiates en cas d'hospitalisation ou de problème médical telles que :
  - appel des services d'urgence,
  - recherche d'un médecin ou infirmière,
  - prise en charge de vos enfants, des animaux,
  - aide à domicile,
  - analyse des devis,
  - soutien psychologique...
- **Une assistance administrative et juridique** du lundi au vendredi pour vous renseigner sur les services publics, le logement, les impôts, le droit des consommateurs, la justice...

Pour en savoir plus : **01 47 11 24 26**

Code d'accès **F860IS**

**Vous pouvez consulter la notice dans son intégralité sur notre site internet [www.particuliers.prevoyance.apronis.fr](http://www.particuliers.prevoyance.apronis.fr) dans la rubrique Documents Utiles.**

### > Prise en charge des substituts nicotiques

La Sécurité sociale participe au remboursement des substituts nicotiques depuis le 1er février 2007 :

- Une prescription médicale consacrée exclusivement aux substituts nicotiques est alors nécessaire.
- Les substituts peuvent revêtir différentes formes ; patch, gomme, pastille, inhalateur.

- Le mutualiste ne peut bénéficier du tiers-payant. Il fait l'avance des frais auprès du pharmacien.

- Le remboursement maximum de la Sécurité sociale s'établit à **50 € par personne et par année civile.**

- Le remboursement maximum de la SMAPRI à compter du 1er janvier 2008 s'établit à 50 € par personne et par année civile et s'applique aux produits remboursés par la Sécurité Sociale.

- Les achats peuvent être échelonnés.

Les remboursements cumulés de la Sécurité sociale et de la SMAPRI correspondent environ à 2 mois de traitement sur les 3 mois généralement recommandés.

### > Prévention

Afin de sensibiliser les mutualistes sur les bienfaits de la prévention, la SMAPRI met en œuvre un ensemble de mesures ou d'actions pour éviter que ne surviennent certains risques.

En outre, la SMAPRI prend en charge tous les actes de prévention prévus dans le cadre de la réglementation sur les contrats responsables dans les limites contractuelles.

Renseignez-vous au **02 54 57 44 33**.

### > Action sociale

Un fonds social est mis en place par la SMAPRI au bénéfice des mutualistes et de leurs ayants droit bénéficiaires afin de promouvoir en faveur de ces derniers une action d'entraide et de solidarité à l'intérieur de la section Commissariat à l'Energie Atomique (CEA).

Cette action exceptionnelle peut revêtir différentes formes : participations, secours, ...

**Les personnes souhaitant bénéficier des prestations du fonds social, à quelque titre que ce soit, doivent faire parvenir à la Commission Sociale de la section, une demande écrite circonstanciée, sur formulaire préétabli par la Direction des Activités Sociales de la SMAPRI, précisant notamment :**

- L'objet de la demande de participation,
- Leur situation de famille (nombre d'enfants à charge, ...),
- Leur situation professionnelle (actif, chômeur, retraité, ...).

Les demandes d'intervention formulées par un salarié doivent transiter par le canal des Assistances Sociales du Commissariat à l'Energie Atomique.

A l'appui de leur demande, tout document ou pièce justificatif nécessaire à la compréhension du dossier doit être joint. Il faut contacter :

**Humanis • Action Sociale**

TSA 91111 • 92246 MALAKOFF CEDEX

Tél. : 0 811 919 919 (0,05 € TTC/mn)

**La Commission sociale n'accorde de secours exceptionnels que pour des dépenses à caractère exclusivement médical.**

Les aides allouées ne présentent aucun caractère systématique, la commission est seule juge de l'opportunité d'une intervention au titre du fonds social, au vu des éléments qui sont soumis.

### > Relations clients - Réclamations

Pour tout renseignement ou réclamation, le mutualiste a la possibilité de contacter la Direction Administrative ou son service Relations Clients dont les coordonnées figurent en dernière page.

## ◆ Vos services en ligne sur [www.particuliers.prevoyance.aprionis.fr](http://www.particuliers.prevoyance.aprionis.fr)

Votre espace assuré vous permet :

- de consulter et suivre vos remboursements en direct,
- de télécharger vos décomptes mensuels en version électronique,
- d'effectuer une demande de prise en charge hospitalière,
- de faire part d'un changement de coordonnées (situation de famille, adresse, téléphone, coordonnées bancaires),
- de transmettre un devis dentaire ou optique,
- de consulter vos garanties assistance.

Vous y découvrirez également des indications pratiques relatives à l'assurance maladie et à la complémentaire santé, ainsi qu'un ensemble d'informations liées à l'actualité du groupe.



### Comment accéder à vos services en ligne

Dans la rubrique Accès client, sélectionnez « Assurés santé/prévoyance » dans le menu « Services en ligne ».

Sur l'écran de connexion, entrez votre numéro d'adhérent et votre mot de passe, cliquez sur OK. Pour obtenir votre mot de passe, cliquez sur « Créer votre compte ». Si vous avez perdu votre mot de passe, cliquez sur « Mot de passe oublié ».



► **BON A SAVOIR**  
 Votre numéro d'adhérent figure sur votre carte de tiers-payant ou sur un décompte de prestations.



## **suivre votre contrat**

> téléphone : 02 54 57 44 33

> fax : 02 54 57 44 24

> email : [relationsclients@aprionis.fr](mailto:relationsclients@aprionis.fr)

> site internet : [www.particuliers.prevoyance.aprionis.fr](http://www.particuliers.prevoyance.aprionis.fr)

**SMAPRI**

41932 BLOIS CEDEX 9