



Assurons  
un monde  
plus ouvert

**Mes garanties**

**santé**

Votre couverture  
santé en pratique



ICF HABITAT



**Guide du Salarié**

# Bienvenue

Votre employeur a choisi CNP Assurances pour la protection de votre santé.

Nous savons depuis longtemps que **la santé est un capital précieux** et qu'il existe plusieurs façons de la préserver. Et en tant qu'assuré, vous allez le constater chaque jour à travers les services que nous mettons à votre disposition.

Votre complémentaire santé vous sera bien sûr utile pour vous **rembourser vos frais de santé** et vous permettre de **bien vous soigner**.

Elle le sera aussi **pour vous informer avec clarté et transparence**, pour **vous conseiller et vous accompagner au quotidien**.

Ce guide vous présente l'ensemble des services et garanties dont vous pouvez bénéficier.

Découvrez-les et sachez que nos équipes restent à votre écoute pour vous informer et vous guider.

**Vous accompagner, c'est agir pour votre santé et votre bien-être au quotidien et pas seulement lorsque vous êtes malade.**





# Sommaire

|   |    |
|---|----|
| <b>Les grands principes de votre complémentaire santé</b> .....                   | 4  |
| Comprendre mon contrat .....  | 5  |
| Comment fonctionne le tiers payant ? .....  | 9  |
| <b>Les démarches pour simplifier vos remboursements</b> .....                     | 10 |
| Les étapes de mon affiliation .....   | 11 |
| Mon Espace personnel .....  | 12 |
| Liste des pièces justificatives .....   | 13 |
| Modifier mon contrat si ma situation change .....                                 | 15 |
| <b>Préserver votre budget santé</b> .....   | 17 |
| Réaliser ma demande préalable .....   | 18 |
| Maîtriser mes frais grâce à un réseau de professionnels de santé partenaire ..... | 18 |
| <b>Vos services</b> .....   | 20 |
| Assistance santé Renforcée .....  | 21 |
| Téléconsultation médicale .....   | 23 |
| Second avis médical .....   | 25 |
| L'écoute psychologique .....  | 27 |
| <b>Lexique</b> .....  | 29 |



# LES GRANDS PRINCIPES DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

|  |   |
|--|---|
| Comprendre mon contrat .....               | 5 |
| Comment fonctionne le tiers payant ? ..... | 9 |



# Comprendre mon contrat

## Le fonctionnement de ma « couverture santé »

Votre complémentaire santé prend en charge tout ou partie de vos frais de santé non couverts par la Sécurité sociale. Elle se compose de deux parties :

### • La couverture de base obligatoire

Elle comprend les garanties « obligatoires » du contrat souscrit par votre entreprise. Une partie de sa cotisation est prise en charge par votre entreprise, l'autre est prélevée mensuellement sur votre bulletin de paie. Vos ayants droit sont également couverts.

### • Vos options facultatives

Votre entreprise a choisi de vous faire bénéficier de choix d'options complémentaires facultatives et cumulables pour vous permettre de renforcer vos garanties de base. Si vous souhaitez y souscrire, le montant de cette ou ces option(s) est à votre charge.



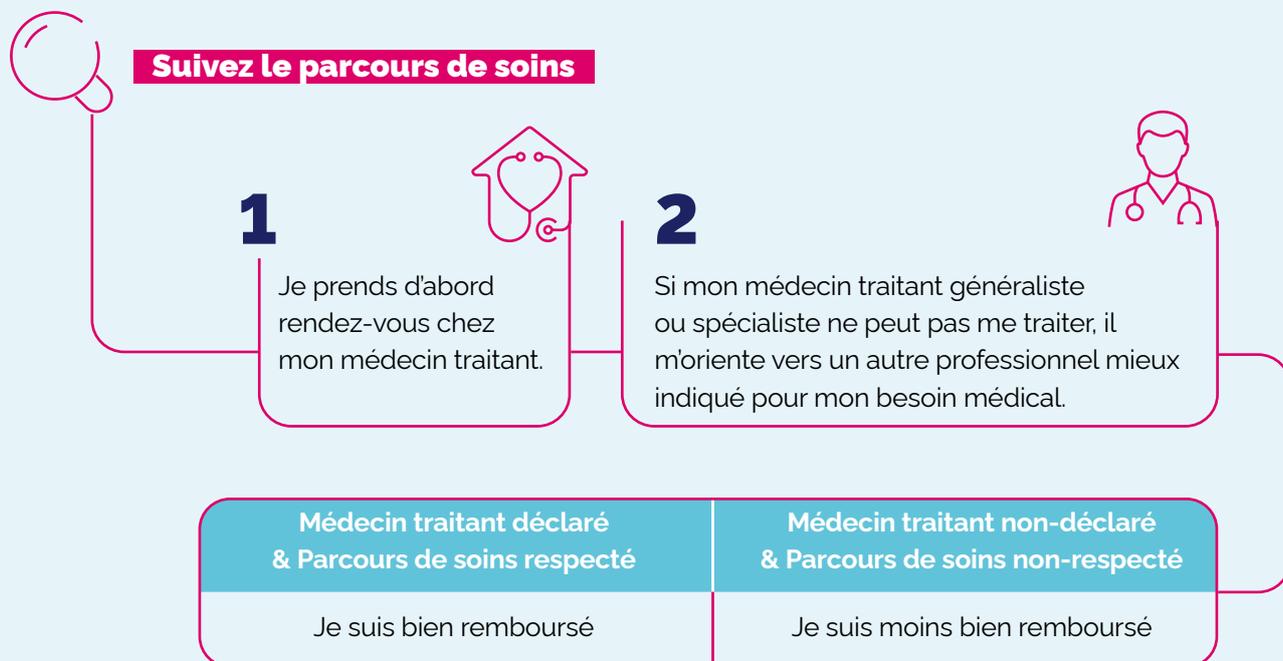
## La prise en charge de mes dépenses de santé

(consultation d'un professionnel de santé, médicaments, hospitalisation, soins dentaires, frais d'optique)



## Pourquoi suivre un « parcours de soins » ?

Comme chaque assuré, vous devez **choisir votre médecin traitant et le déclarer à votre caisse primaire d'Assurance maladie** (formulaire téléchargeable sur [ameli.fr](http://ameli.fr)). En fonction de vos besoins de soins, c'est lui **qui vous orientera vers un autre professionnel de santé**. C'est ce que l'on appelle le « **parcours de soins** », celui qui vous garantira la meilleure prise en charge et les remboursements les plus complets.



## Qu'est-ce que « le DPTM<sup>(1)</sup> » ?

Pour être sûr de bénéficier du meilleur remboursement, vous pouvez vous adresser aux professionnels souscrivant au DPTM. Tous s'engagent à ne pas pratiquer de dépassement d'honoraires pour leurs consultations et leurs actes techniques.

Tous ces professionnels travaillent sans dépassement d'honoraires ; ils assurent donc à leurs patients d'être mieux remboursés par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires.



(1) Le DPTM (Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) est le sigle utilisé par les médecins inscrits au secteur 1.

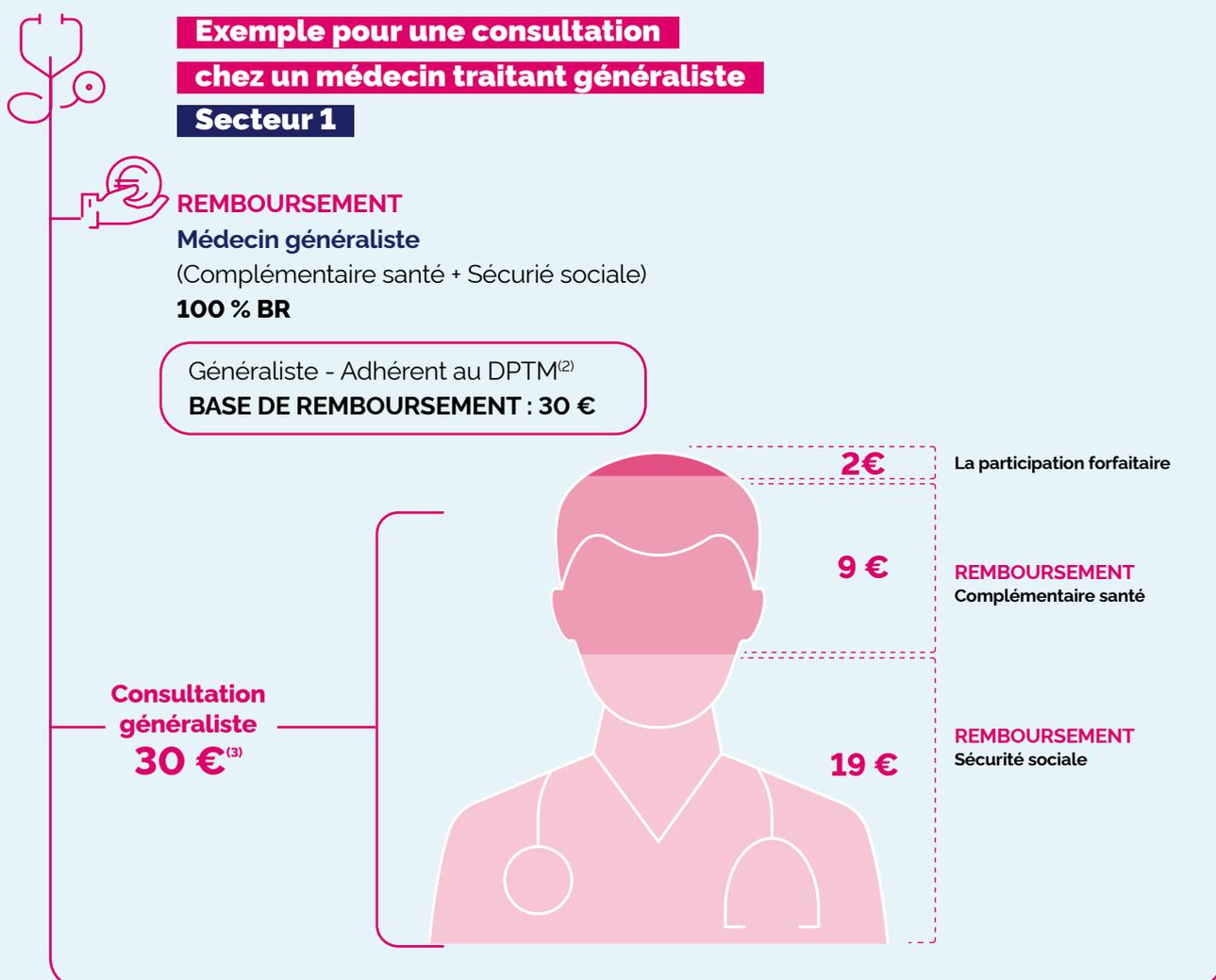
## Le montant du remboursement peut être exprimé de différentes manières

- **Forfaits euros - €** : ils concernent des remboursements pas ou peu remboursés par la Sécurité sociale et donnent droit à un montant fixe en euros. Ces forfaits sont généralement annuels ou par actes, limités à un nombre d'actes.
- **Frais réels - FR** : ils indiquent que la complémentaire santé prend à sa charge la totalité des dépenses que vous avez engagées pour un soin de santé dans les conditions précisées dans le contrat santé.
- **Pourcentage sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale - % BR** : la Base de Remboursement est un tarif de référence défini par la Sécurité sociale sur lequel la Sécurité sociale et les complémentaires santé se basent pour fixer les niveaux de remboursements.



### Bon à savoir

La base de remboursement de la Sécurité sociale varie selon si le médecin a adhéré ou non au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM). Un médecin DPTM sera mieux remboursé.



(2) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée. (3) Tarif au 1<sup>er</sup> janvier 2025.



## Exemple pour une consultation avec dépassement d'honoraire chez un ophtalmologue

### Secteur 2



#### REMBOURSEMENT

##### Spécialiste secteur 2

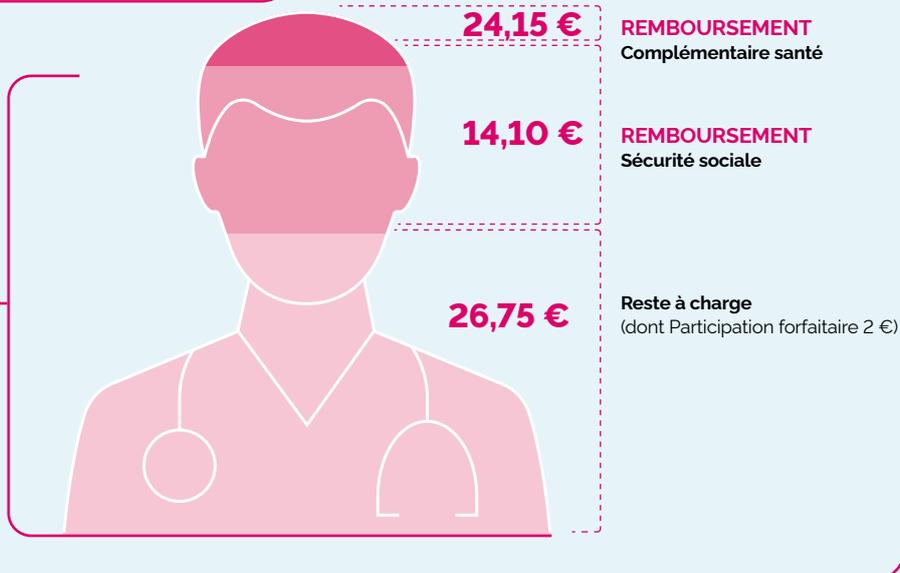
(Complémentaire santé + Sécurité sociale)

**175 % BR**

Spécialiste - Non-adhérent au DPTM<sup>(2)</sup>

**BASE DE REMBOURSEMENT : 23 €**

Consultation  
spécialiste  
**67 €**



(2) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.



## Le dispositif « 100 % Santé »

### • Des soins pour tous, 100 % remboursés

La réforme « 100 % Santé », aussi appelée « Reste à charge zéro », vise à faciliter l'accès à des soins optiques, dentaires et auditifs de qualité, intégralement remboursés par la Sécurité sociale et les complémentaires santé.

**La garantie pour vous d'avoir 0 €  
de reste à charge !**

• **Un libre choix de votre équipement**

Tout assuré peut choisir entre des lunettes, des couronnes dentaires et des aides auditives « 100 % remboursées » ou des équipements à prix libre dont le remboursement dépend du contrat souscrit.

**Vous avez le choix entre plusieurs équipements :**

|  | <br><b>Équipement<br/>100 % Santé</b> | <br><b>Équipement<br/>à tarif maîtrisé</b> | <br><b>Équipement<br/>à tarif libre</b> |
|--|--|--|--|
| <b>Caractéristiques des équipements</b>  | Équipements avec des normes élevées de qualité   | Équipements avec des normes élevées de qualité   | Équipements plus sophistiqués techniquement et esthétiquement  |
| <b>Prix des lunettes et aides auditives / Honoraires des chirurgiens-dentistes</b> | Respect des prix limites de vente ou honoraires limites de facturation par les professionnels de santé                 | Respect des prix limites de vente ou honoraires limites de facturation par les professionnels de santé                       | Prix de vente ou honoraires de facturation libres pour les professionnels de santé   |
| <b>Reste à charge pour l'assuré</b>  | 0 € de reste à charge après remboursement de la Sécurité sociale et de la complémentaire santé                         | Reste à charge variable en fonction des garanties de la complémentaire santé   | Reste à charge variable en fonction des garanties de la complémentaire santé   |



## Comment fonctionne le tiers payant ?

### Me faire soigner sans avance de frais, grâce au tiers payant

Accessible partout en France, y compris dans les DOM, ce service gratuit vous permet de ne pas faire l'avance de certains de vos frais médicaux ou pharmaceutiques.

L'assurance maladie obligatoire et votre complémentaire santé se chargent de payer le professionnel de santé (pharmacien, médecin...).

Présentez votre carte de tiers payant avec votre carte Vitale pour bénéficier du tiers payant sur l'ensemble des actes remboursés par la Sécurité sociale (pharmaciens, opticiens, dentistes, radiologues, laboratoires, centres mutualistes, établissements hospitaliers...).

### Pas d'avance d'argent à faire

Vous ne payez que la partie des frais restant éventuellement à votre charge.

*En cas de perte ou de vol de votre carte de tiers payant, informez le plus rapidement possible votre Centre de gestion<sup>(4)</sup> afin d'obtenir une nouvelle carte.*

(4) Vous trouverez les coordonnées de votre Centre de gestion au dos de ce guide et sur votre Certificat d'adhésion.

# **LES DÉMARCHES POUR SIMPLIFIER VOS REMBOURSEMENTS**

|  |    |
|--|----|
| Les étapes de mon affiliation.....               | 11 |
| Mon Espace personnel.....                        | 12 |
| Liste des pièces justificatives.....             | 13 |
| Modifier mon contrat si ma situation change..... | 15 |





## Les étapes de mon affiliation

**Pour couvrir vos frais de santé, nous avons besoin de certaines informations sur vous et votre famille, le cas échéant.**

### 1 L'ouverture de mon contrat

- Vous procédez à votre affiliation au contrat de base en suivant un processus entièrement dématérialisé via un lien sécurisé transmis par mail. Vous pouvez déclarer vos bénéficiaires et télécharger votre notice d'information.

Pour améliorer votre couverture de base, vous avez la possibilité de choisir des options facultatives en complétant un Bulletin Individuel d'Affiliation en format papier et à retourner par courrier ou via votre Espace personnel.

### 2 L'inscription des membres de ma famille qui profiteront de ma complémentaire santé

- Vous indiquez les membres de votre famille sur votre bulletin d'affiliation.

- Vous joignez les pièces justificatives correspondantes :

- **pour tous** : une copie de l'attestation Vitale de moins de 3 mois ;

- **pour votre concubin et votre partenaire de PACS** : une attestation sur l'honneur et un justificatif d'adresse commune ;

- pour votre ou vos enfant(s) de plus de 18 ans et de moins de 28 ans, et en fonction de leur situation :

- **pour les enfants poursuivant leurs études** : un certificat de scolarité ;

- **pour les enfants engagés en mission de Service Civique** : une copie du contrat de Service Civique ;

- **pour les enfants en apprentissage (ou assimilé)** : une copie de contrat de travail et du bulletin de salaire du dernier mois ;

- **pour les enfants à la recherche d'un premier emploi** : un justificatif d'inscription à France Travail (attestation de chômage non indemnisé datant de moins de 6 mois).

- Toute personne à la charge fiscale du membre participant, de son conjoint, partenaire ou concubin, c'est à dire prise en compte pour l'application du quotient familial ou qu'elle perçoit une pension alimentaire que le membre participant, son conjoint, partenaire ou concubin déduit fiscalement de son revenu global.

### 3 La création de votre Espace personnel

- Connectez-vous à votre Espace personnel via notre site : [cnp-protectionsociale.fr](https://cnp-protectionsociale.fr)  
> Se connecter

- ou directement à l'adresse : [monespace.cnp-protectionsociale.fr](https://monespace.cnp-protectionsociale.fr)

- Vous activez votre Espace grâce à votre numéro d'adhésion (les 10 premiers chiffres indiqués sur votre carte de tiers payant).



## Mon Espace personnel

**Pour gagner du temps et être informé(e) au jour le jour, nous vous invitons à créer votre Espace personnel.**

Conçu pour faciliter votre quotidien et vos démarches avec votre complémentaire santé, votre Espace personnel est accessible partout, 24h/24 et 7j/7, depuis un ordinateur, une tablette ou un mobile.



### Mes remboursements

En un clic, retrouvez le détail de toutes vos dépenses de santé.

- Connaître le montant de vos remboursements et votre éventuel reste à charge.
- Effectuer et suivre vos demandes de remboursement.
- Bénéficier de nos conseils et solutions pour optimiser votre budget de santé.



### Mon contrat

Consultez rapidement votre contrat et toutes vos informations personnelles.

- Visualiser vos garanties et vos documents contractuels.
- Retrouver les informations utiles de votre contrat.



### Mes démarches

Pour gagner du temps, effectuez vos principales démarches en ligne !

- Demander un remboursement.
- Envoyer des pièces justificatives et des documents.
- Modifier vos informations personnelles.



### Mes services

Découvrez tous les avantages et les services associés à votre contrat.

- Géolocaliser des professionnels de santé qui pratiquent le tiers payant.
- Géolocaliser les professionnels de santé du réseau Itelis et bénéficier d'avantages et de tarifs négociés.



### 1<sup>re</sup> connexion

### à votre Espace personnel ?

### C'est simple et rapide :

- 1 - Connectez-vous sur le site [monespace.cnp-protectionsociale.fr](https://monespace.cnp-protectionsociale.fr)
- 2 - Cliquez sur « **Se connecter** » et demandez un accès.
- 3 - Saisissez les informations demandées et un mot de passe facilement mémorisable, puis validez.

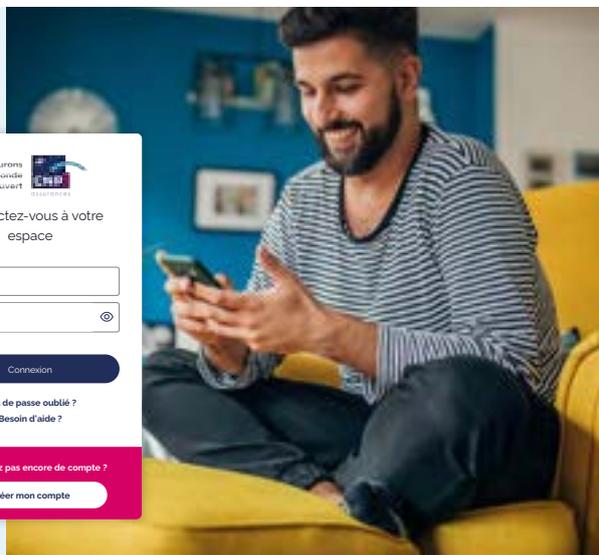
Assurances un monde plus ouvert

Connectez-vous à votre espace

Connexion

Mot de passe oublié ?  
Besoin d'aide ?

Vous n'avez pas encore de compte ?  
Créer mon compte





## Liste des pièces justificatives

**Pour une demande de prise en charge, des justificatifs peuvent être demandés en fonction des soins apportés à vous ou à l'un des bénéficiaires de votre contrat.**

### Pour les soins pris en charge par la Sécurité sociale

Des accords avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) de tous les départements vous dispensent d'envoyer les décomptes de la Sécurité sociale à votre Centre de gestion, grâce au système de Télétransmission.

- Votre CPAM vous rembourse vos prestations, puis les transmet informatiquement à votre complémentaire santé, qui effectue le versement de la Part complémentaire.
- Vous pouvez vérifier si vous avez bénéficié de la Télétransmission en consultant les décomptes que vous avez reçus de la part de votre CPAM :
  - une mention y indique si les informations ont été transmises à votre organisme complémentaire.
- Dans certains cas, des pièces justificatives sont demandées. Consultez les tableaux ci-après et envoyez ces pièces dans les meilleurs délais à votre Centre de gestion<sup>(4)</sup>.

### Pour les soins non pris en charge par la Sécurité sociale

Adressez les pièces figurant dans les tableaux ci-après directement à votre Centre de gestion<sup>(4)</sup>.

### Les documents à joindre à vos demandes de remboursement

| PRESTATIONS  | PIÈCES À FOURNIR   |  |
|--|--|--|
|  | avec Télétransmission  | sans Télétransmission  |
| <b>HOSPITALISATION</b>   |  |  |
| Forfait journalier hospitalier   | Facture détaillée<br>+<br>formulaire AMC (attestation médicale complémentaire) délivré lors de la sortie | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie<br>+<br>facture détaillée<br>+<br>formulaire AMC (attestation médicale complémentaire) délivré lors de la sortie |
| Honoraires des chirurgiens et anesthésistes en secteur conventionné ou non conventionné  |  |  |
| Participation forfaitaire pour les actes lourds  |  |  |
| Forfait Patient Urgences   |  |  |
| Frais de séjour en secteur conventionné ou non conventionné                              |  |  |
| Chambre particulière   |  |  |
| Frais d'accompagnement   |  |  |
| Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale                                |  |  |
| Prime de naissance ou d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans                          | Extrait d'acte de naissance ou certificat d'adoption   |  |
| <b>SOINS COURANTS</b>  |  |  |
| Honoraires médicaux - Consultations et visites des médecins généralistes et spécialistes | Aucune pièce   | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie<br>+<br>facture détaillée  |
| Actes techniques médicaux  |  |  |
| Actes d'imagerie médicale et de radiologie   |  |  |
| Honoraires paramédicaux - Auxiliaires médicaux   |  |  |
| Frais d'analyses médicales et examens de laboratoire                                     |  |  |

(4) Vous trouverez les coordonnées de votre Centre de gestion au dos de ce guide et sur votre Certificat d'adhésion.

| PRESTATIONS   | PIÈCES À FOURNIR   |  |
|---|--|--|
|   | avec Télétransmission  | sans Télétransmission  |
| Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale<br>Honoraires de dispensation                                     | Aucune pièce   | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie  |
| Prothèses médicales non dentaires prises en charge par la Sécurité sociale  | Facture détaillée  | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie<br>+<br>facture détaillée  |
| Prothèses capillaires et mammaires non prises en charge par la Sécurité sociale                                     |  | Facture détaillée  |
| <b>OPTIQUE</b>  |  |  |
| Monture, verres et suppléments pris en charge par la Sécurité sociale   | Facture détaillée de l'opticien précisant la référence des verres                          | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie<br>+<br>facture détaillée de l'opticien précisant la nature des verres |
| Lentilles correctrices prises en charge par la Sécurité sociale   | Aucune pièce   | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie<br>+<br>facture détaillée  |
| Lentilles correctrices non prises en charge par la Sécurité sociale   | Prescription + Facture détaillée   |  |
| Chirurgie réfractive  | Attestation de l'ophtalmologiste indiquant la nature de l'intervention + Facture détaillée |  |
| <b>DENTAIRE</b>   |  |  |
| Actes dentaires pris en charge par la Sécurité sociale  | Aucune pièce   | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie  |
| Inlay onlay pris en charge par la Sécurité sociale  |  |  |
| Prothèses dentaires, couronnes transitoires, parodontologie et orthodontie prises en charge par la Sécurité sociale | Facture détaillée  | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie<br>+<br>facture détaillée  |
| Prothèses dentaires, implantologie, parodontologie et orthodontie non prises en charge par la Sécurité sociale      | Facture détaillée  |  |
| <b>AIDES AUDITIVES</b>  |  |  |
| Aides auditives, piles et accessoires pris en charge par la Sécurité sociale  | Facture détaillée  | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie<br>+<br>facture détaillée  |
| <b>PREVENTION ET BIEN-ETRE</b>  |  |  |
| Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale  | Facture détaillée  | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie<br>+<br>facture détaillée  |
| Médicaments prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale   | Prescription + Facture détaillée   |  |
| Actes de prévention   | Aucune pièce   | Décompte original du régime obligatoire d'assurance maladie  |
| Substituts nicotiniques pris en charge par la Sécurité sociale  |  |  |
| Médecines douces  | Facture détaillée comportant le cachet d'identification du praticien                       |  |



## Modifier mon contrat si ma situation change

### Pour que votre protection soit continue, vous devez informer CNP Assurances de tout changement de situation.

Voici donc un récapitulatif des formalités à accomplir pour tous les changements qui peuvent intervenir au fil du temps.



#### Que faire si votre situation familiale change ?

Si un changement de situation familiale entraîne un ajout ou un retrait de bénéficiaire sur votre attestation de carte Vitale, contactez votre Centre de gestion<sup>(4)</sup> dans les 30 jours après avoir reçu la nouvelle attestation de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Votre contrat sera alors adapté à votre nouvelle situation et vous recevrez une nouvelle carte d'assuré.



#### Que faire lors d'un changement de régime obligatoire ?

En cas de changement de régime obligatoire, faites parvenir la photocopie de votre nouvelle attestation de droits à l'assurance maladie à votre Centre de gestion<sup>(4)</sup>.



#### Que faire lors d'un changement de centre de Sécurité sociale ?

Si vous changez de centre de Sécurité sociale, prenez contact avec votre nouvelle CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) pour obtenir une nouvelle attestation de droits à l'assurance maladie.

- Dès réception de celle-ci, adressez-en une copie à votre Centre de gestion<sup>(5)</sup>.
- Cette attestation vous permettra de continuer à bénéficier de la Télétransmission entre votre CPAM et CNP Assurances, afin d'obtenir des remboursements automatiques et rapides.



#### Que faire lors d'un changement de résidence ?

Lorsque vous déménagez, communiquez rapidement votre nouvelle adresse à votre Centre de gestion<sup>(4)</sup>.



#### Que faire lors d'un changement de coordonnées bancaires ?

Si vous changez de coordonnées bancaires, transmettez rapidement votre nouveau RIB (Relevé d'Identité Bancaire) à votre Centre de gestion<sup>(4)</sup> par courrier ou par Internet.

(4) Vous trouverez les coordonnées de votre Centre de gestion au dos de ce guide et sur votre Certificat d'adhésion.



## Je suis en congés ou je quitte l'entreprise



### **Vous partez en congé parental**

Vous devez en informer votre correspondant RH. À l'issue de la période de maintien proposé par votre employeur, vous avez la possibilité de conserver vos garanties en payant la totalité de la cotisation.



### **Vous quittez l'entreprise au terme de votre contrat de travail**

Votre complémentaire santé d'entreprise sera alors résiliée. Si vous le souhaitez, nous pourrions étudier avec vous la possibilité de souscrire un contrat individuel ou de bénéficier de la portabilité de votre contrat avec votre entreprise.



### **Vous êtes en maladie ou en congé maternité**

Vous devez en informer votre correspondant RH. Vous conservez naturellement toutes vos garanties puisque vous faites toujours partie des effectifs de votre entreprise.



### **Vous partez à la retraite**

Là encore, si vous le souhaitez, nous pouvons vous proposer de souscrire un nouveau contrat individuel dans le cadre de la loi Evin pour maintenir les garanties dont vous bénéficiez en tant que salarié ou vous proposer un autre contrat.

### **Que prévoit la loi Evin ?**

Grâce à la loi Evin, un salarié en situation d'invalidité, licencié ou qui part à la retraite, peut obtenir le maintien de la complémentaire santé dont il bénéficiait grâce au contrat collectif de l'entreprise. La cotisation de cette complémentaire santé sera entièrement à la charge du nouveau retraité.

## **Je veux continuer à profiter de ma complémentaire santé au terme de mon contrat de travail**

Votre contrat de travail cesse mais vous souhaitez continuer à profiter des avantages de votre complémentaire santé ? Contactez-nous, et nous verrons ensemble comment mettre en place la portabilité de votre contrat et/ou souscrire un contrat à titre individuel.

### **Qu'est-ce que la « portabilité » ?**

Grâce à la portabilité de votre contrat, vous continuez à bénéficier de votre complémentaire santé d'entreprise si vous êtes au chômage après votre départ de l'entreprise. Cette complémentaire santé est gratuite pendant une période pouvant aller jusqu'à 12 mois (période calculée en fonction de votre ancienneté dans l'entreprise). Pour en profiter, il vous suffit de nous adresser un justificatif d'indemnisation de France Travail tous les mois. Attention toutefois : la portabilité cesse dès la reprise d'une activité professionnelle (article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale).

# PRÉSERVER

# VOTRE BUDGET SANTÉ

Réaliser ma demande préalable.....18

Maîtriser mes frais grâce à un réseau  
de professionnels de santé partenaire.....18





## Réaliser ma demande préalable

En cas de prise en charge préalable nécessaire (optique, prothèses dentaires, hospitalisation), le professionnel de santé que vous consultez doit adresser à Almerys la demande (voir ses coordonnées au dos de la carte de tiers payant). À défaut, dans le cas d'une hospitalisation notamment, votre Centre de gestion<sup>(4)</sup> pourra faire le nécessaire sur simple demande de votre part.



## Maîtriser mes frais grâce à un réseau de professionnels de santé partenaire



Un réseau de plus de 15 000 professionnels de la santé partout en France qui vous offre des prestations de qualité au meilleur coût dans les domaines suivants : optique, dentaire, audiologie, chirurgie réfractive, ostéopathie et chiropraxie, psychologie et diététique.

### Des avantages tarifaires



#### Optique

40 % d'économie en moyenne sur les verres et 25 % sur les montures.



#### Chirurgie réfractive<sup>(5)</sup>

Jusqu'à 30 % d'économie sur les techniques les plus utilisées (PKR, LASIK, FEMTO).  
Le montant moyen de l'opération s'évalue à partir de 1 400 € pour les deux yeux.



#### Dentaire

Jusqu'à 25 % d'économie sur un traitement implantaire et jusqu'à 15 % d'économie sur les prothèses les plus fréquentes (couronnes et bridges).



#### Audioprothèses

- Une économie moyenne de 500 € sur un appareillage de qualité.
- 15 % de remise minimale sur les accessoires.
- 10 % de remise minimale sur les produits d'entretien.



#### Ostéopathie et chiropraxie<sup>(6)</sup>

Une réduction de 10 % sur le montant de la consultation, selon la zone géographique du praticien choisi, grâce à des tarifs maximums négociés.

(4) Vous trouverez les coordonnées de votre Centre de gestion au dos de ce guide et sur votre Certificat d'adhésion.

(5) La chirurgie réfractive comprend les interventions qui ont pour objet de corriger les troubles de la vue comme la myopie ou l'hypermétropie, à l'aide d'un appareil ou dispositif médical, tel le laser ou l'implant, ou d'instruments chirurgicaux.

(6) Selon les départements.



### Des prestations de qualité et des services exclusifs

- L'accès à des professionnels de la santé sélectionnés pour la qualité de leurs prestations et respectueux d'une charte de bonnes pratiques.
- La dispense d'avance de frais grâce au tiers payant proposé par tous ces professionnels.
- Des garanties et des services exclusifs comme, par exemple :
  - une garantie optique « casse » sans franchise de 2 ans pour la monture et les verres et de 6 mois pour les lentilles rigides traditionnelles,
  - un remplacement de votre implant dentaire en cas de rejet,
  - une garantie « panne » de votre équipement audio gratuite et sans franchise de 4 ans,
  - des psychologues et diététiciens disponibles en visioconférence ou en cabinet.

Si l'utilisation du réseau de soins est recommandée en raison des avantages qu'il vous offre, vous restez libre de choisir le professionnel que vous souhaitez.

### Comment ça marche ?

- Connectez-vous à votre **Espace personnel** : [monespace.cnp-protectionsociale.fr](https://monespace.cnp-protectionsociale.fr) et rendez-vous dans la rubrique « Services et avantages ».
- Grâce à l'outil de géolocalisation disponible sur votre **Espace personnel**, vous consultez la liste des praticiens du réseau Itelis proche de chez vous ou de votre lieu de travail.
- Vous sélectionnez le praticien de votre choix en fonction de ses honoraires, de ses jours et heures de consultation et vous planifiez votre rendez-vous par téléphone.
- Le jour de la consultation, vous présentez votre carte de tiers payant indiquant que vous bénéficiez bien du réseau de soins Itelis.



Les professionnels de santé du réseau Itelis pratiquent le tiers payant, pensez à bien présenter votre carte de tiers payant pour ne pas avancer de frais<sup>(7)</sup>.

Vous aurez néanmoins à payer la part restant à votre charge, le cas échéant

(7) Excepté pour l'ostéopathie.

## VOS SERVICES

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| Assistance santé Renforcée ..... | 21 |
| Téléconsultation médicale .....  | 23 |
| Second avis médical .....        | 25 |
| L'écoute psychologique .....     | 27 |





## Assistance santé Renforcée

**Je vis une période difficile ? Je recherche des conseils pour faire valoir mes droits ? De retour à domicile après une hospitalisation, j'ai besoin d'aide au quotidien ?**

À tout moment, vous pouvez compter sur nos services d'assistance qui vous accompagnent et répondent à vos besoins.

### Qu'est-ce que c'est ?

Des services d'assistance inclus dans votre contrat pour vous aider au quotidien dans de nombreuses situations :



#### À tout moment

Vous bénéficiez de conseils et d'informations ainsi que d'un soutien psychologique par téléphone ou en face-à-face.



**En cas d'hospitalisation, d'immobilisation imprévue, de séjour en maternité ou de traitement contre le cancer** : de nombreux services d'assistance pour vous et vos proches (enfants, ascendants...) et des aides à domicile vous sont proposés (cf. tableau p.23).



### Bon à savoir

Pour en savoir plus sur les conditions de mise en oeuvre des prestations d'assistance, reportez-vous à la notice d'information disponible sur votre Espace personnel.

L'application des garanties varie en fonction de votre situation personnelle. Le nombre d'heures d'aide-ménagère, par exemple, dépend de la présence ou non d'un proche pour vous aider, de la surface habitable, etc. Le service attribué pourra donc être inférieur au plafond indiqué dans cette fiche ou dans la notice d'information.



## Comment ça marche ?

# 1

Pour bénéficier des services d'assistance, vous pouvez contacter Inter Mutuelle Assistance, **24h/24 et 7J/7** au

 **N°Cristal 09 69 363 765**

APPEL NON SURTAXE

# 2

Lors de l'appel, votre numéro d'adhérent, nom et prénom vous seront demandés.

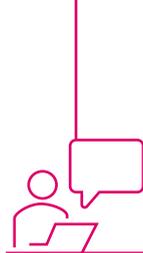
# 3

Vous obtiendrez un numéro de dossier indispensable pour la prise en charge des interventions.

## Vos services d'assistance Renforcée

|  | À tout moment   | Hospitalisation imprévue ou immobilisation imprévue <sup>(8)</sup> | Chirurgie ambulatoire sans immobilisation <sup>(9)</sup> | Chirurgie ambulatoire avec immobilisation <sup>(10)</sup> | Séjour en maternité <sup>(11)</sup> | Traitement lié aux cancers (chimio...) |
|--|---|--|--|---|-------------------------------------|--|
| <b>CONSEILS ET ÉCOUTE</b>                    | Des réponses à vos questions 24h/24 et 7j/7   |  |  |   |                                     |  |
| <b>SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE</b>                 | Un psychologue clinicien peut vous accompagner en cas de coup dur <sup>(12)</sup>   |  |  |   |                                     |  |
| <b>INFORMATIONS</b>                          | Informations juridiques liées à la famille, la santé, le droit du travail, la retraite, la perte d'autonomie, la succession, la fiscalité, l'administration, la justice, la vie pratique... |  |  |   |                                     |  |
| <b>AIDES POUR FACILITER LE QUOTIDIEN</b>     |   |  |  |   |                                     |  |
| Aide-ménagère                                | ●   |  |  | ●   | ●                                   | ●                                      |
| Garde d'enfants                              | ●   | ●  |  | ●   | ●                                   | ●                                      |
| Trajet enfants domicile-école                | ●   | ●  |  | ●   | ●                                   | ●                                      |
| Déplacement d'un proche pour garde d'enfants | ●   | ●  |  | ●   | ●                                   | ●                                      |
| Prise en charge des ascendants               | ●   |  |  |   | ●                                   | ●                                      |
| Transport à l'hôpital                        |   | ●  |  | ●   |                                     |  |
| Livraison de courses et de médicaments       | ●   |  |  | ●   |                                     |  |
| Prise en charge des animaux domestiques      | ●   |  |  | ●   |                                     |  |

(8) Hospitalisation imprévue de plus de 2 jours ou immobilisation imprévue de plus de 5 jours. (9) De l'Adhérent ou de son conjoint. (10) En cas d'immobilisation à domicile d'au moins 5 jours. (11) En cas de séjour en maternité supérieur à 5 jours ou en cas de naissance multiple. (12) Jusqu'à 5 entretiens téléphoniques, complétés si nécessaire de 3 entretiens en face-à-face.



## Téléconsultation médicale

### Besoin d'un accès rapide à un médecin ? Doute sur un symptôme ou sur la posologie d'un médicament ?

L'accès à un médecin, généraliste ou spécialiste, n'est pas toujours aisé le week-end ou tard le soir.

### Qu'est-ce que c'est ?

Avec le service de téléconsultation médicale, vous et votre famille joignez un médecin généraliste ou un spécialiste.

Pour cela, il vous suffit de vous connecter à notre plateforme web et de décrire vos symptômes, ou de formuler votre demande. Vous serez alors mis en contact avec un médecin par visio ou audio.

La téléconsultation médicale fonctionne 24 h/24 et 7 j/7, avec deux types de services :



**Le téléconseil**, pour obtenir une réponse à une question sur un traitement médical ou sur un symptôme (accessible également depuis l'étranger).



**La consultation médicale à distance**, pour tous vos problèmes de santé ne nécessitant pas d'auscultation (en France uniquement). Vous avez accès à des médecins généralistes et spécialistes (dermatologues, gynécologues, dentistes, ophtalmologues, psychiatres) et des sage-femmes. En fonction de la consultation, le médecin peut vous délivrer une ordonnance et un compte-rendu que vous pourrez partager à votre médecin traitant si souhaité.

### Concrètement, ça m'apporte quoi ?

Pour vous et vos proches, la santé est naturellement une priorité. Seul problème, l'accès à un médecin n'est pas toujours aisé : délai, déplacement, attente... Mais toutes les consultations médicales ne nécessitent pas systématiquement un rendez-vous physique !

En utilisant le service de téléconsultation médicale vous êtes rapidement mis en relation avec un généraliste ou un spécialiste pour un conseil médical ou une consultation 24 h/24 et 7 j/7.



## Comment ça marche ?

1

Pour bénéficier des services, rendez-vous sur votre Espace personnel : [monespace.cnp-protectionsociale.fr](https://monespace.cnp-protectionsociale.fr) dans la rubrique « **Services et avantages** » puis « **Téléconsultation** » et cliquez sur « **J'accède au service** ».

2

Choisissez le **bénéficiaire concerné** (vous-même, votre conjoint ou vos enfants s'ils sont inscrits sur votre contrat santé), ainsi que le **canal de communication** que vous préférez : visio ou audio.

3

Vous indiquez les **motifs de votre téléconsultation** et **quel médecin** vous voulez interroger : généraliste ou spécialiste.

4

Vous êtes rapidement **mis en contact avec un médecin**.

5

Vous suivez votre consultation médicale, avec établissement **d'un diagnostic, et une ordonnance vous est transmise** par le médecin si nécessaire.

## Qui paie quoi ? Qui fait quoi ?

L'accès au service **Téléconsultation médicale** est **entièrement pris en charge par votre organisme complémentaire, vous n'avez rien à payer**.

La mise en œuvre du service de téléconsultation médicale est confiée à notre partenaire INTER MUTUELLES ASSISTANCE SERVICES<sup>(13)</sup>.



### Bon à savoir

Les cas où la téléconsultation médicale n'est pas indiquée :

- consultations qui nécessitent une auscultation ;
- prescription pour les maladies chroniques (diabète, hypertension...);
- délivrance d'un arrêt de travail ou d'un certificat médical ;
- absence d'un représentant légal pour les mineurs.

**En cas d'urgence**, contactez le 15 ou le 18.

## En bref, la téléconsultation médicale

- **Un accès simple et rapide à des médecins généralistes et spécialistes en ligne** (par visio ou audio).
- **Deux services en un** : la téléconsultation médicale en France et le téléconseil en France et à l'étranger.
- **Un accès illimité** pour vous et votre famille.

(13) INTER MUTUELLES ASSISTANCE SERVICES, société par actions simplifiée au capital de 3 553 329 euros, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, RCS Niort 430 336 552.



## Second avis médical

### Face à une décision médicale importante, gagnez en sérénité en demandant l'avis d'un médecin référent...

Grâce au service Second avis médical<sup>(14)</sup>, vous bénéficiez sous 7 jours de l'avis des meilleurs spécialistes de votre pathologie et vous évitez parfois les traitements inadaptés ou les opérations inutiles.

### Qu'est-ce que c'est ?

Il s'agit d'un service dont la vocation est de vous permettre d'accéder aux meilleurs spécialistes de la pathologie en cas de problème de santé sérieux ou de situation médicale complexe.

À partir d'une plateforme web sécurisée, vous obtenez une réponse en moins de 7 jours sous la forme d'un compte-rendu signé et personnalisé, après avoir :



**visualisé et choisi un des médecins experts** de sa pathologie préalablement référencés par un conseil scientifique selon des critères exigeants ;



**rassemblé et téléchargé votre dossier médical.**

### Concrètement, ça m'apporte quoi ?

Avec le second avis médical, vous gagnez en sérénité. Il vous permet de vous conforter dans votre choix (adhésion à un protocole médical, abord plus serein d'une opération...) ou d'éviter une opération inutile dans certains cas.



(14) Ce service est mis en œuvre par la société CARIANS, éditeur de la plateforme web [deuxiemeavis.fr](https://deuxiemeavis.fr), société par actions simplifiée, RCS Paris 803 657 717.

## Comment ça marche ?

1

Accédez au service via la plateforme web sécurisée [deuxiemeavis.fr/flex](https://deuxiemeavis.fr/flex)  
**Créez votre compte personnel et suivez le parcours proposé.**

2

Visualisez les médecins spécialistes de la pathologie pour laquelle vous souhaitez consulter.  
**Faites votre choix et soyez guidé dans la constitution de votre dossier médical.**

3

Une fois votre dossier médical complet, obtenez **une réponse en moins de 7 jours sous la forme d'un compte-rendu signé et personnalisé.**

## Qui fait quoi ?

**L'accès au service de second avis médical est inclus dans votre contrat, vous n'avez rien à payer.**

Vous pouvez ensuite demander l'avis à tout moment de votre parcours de soin, suite à l'obtention d'un premier avis :

- avant une prise en charge chirurgicale (le plus fréquent) ;
- avant une prise en charge médicale ;
- au cours du traitement ;
- au moment du diagnostic.

## En bref, le second avis médical

- **Un service accessible via une plateforme web sécurisée** : dépôt du dossier, choix du professionnel de santé, réception de la réponse en moins de 7 jours.
- **Une solution qui vous permet de faire un choix éclairé** en bénéficiant de l'avis d'un médecin expert de la pathologie (réseau de plus de 170 médecins).
- **Une réassurance et une meilleure adhésion** au protocole en cas de convergence des avis.



## L'écoute psychologique

**Le stress au travail peut entraîner une démotivation des équipes et une baisse de la productivité.**

Avec l'écoute psychologique, prévenez ce risque et améliorez la qualité de vie au travail de vos salariés !

### Qu'est-ce que c'est ?

Avec l'écoute psychologique, vos salariés sont écoutés, conseillés et soutenus en toute confidentialité par une équipe de psychologues cliniciens et de psychologues du travail.

C'est un service concret qui accompagne et aide à la résolution de problèmes pour vos salariés quel que soit le domaine :



**Professionnel :** conflits, épuisement professionnel, stress et anxiété, changement organisationnel, démotivation, événement traumatisant (suicide, accident de personne sur le lieu de travail, attentat).



**Familial et conjugal :** difficultés de communication, problématique liée aux aidants familiaux, problèmes de couple, séparation/divorce, éducation des enfants...



**Personnel :** choc émotionnel, maladie, deuil, dépendance, perte de confiance en soi...



### Le saviez-vous ?

**55%**

**C'est le pourcentage de salariés français qui ressentent du stress chaque semaine au travail.**

Selon l'étude Workforce View 2020, menée par l'ADP Research Institute dans 17 pays et auprès de plus de 32 400 salariés (dont 1 916 en France), entre le 29 octobre 2019 et le 6 janvier 2020.



## Comment ça marche ?

1

**Vous composez le 09 69 39 54 89** (numéro cristal) **afin d'être mis en relation avec un psychologue** ou vous vous rendez sur le site de notre partenaire : [pros-consulte.com/nos-psychologues](https://pros-consulte.com/nos-psychologues) pour échanger avec lui par tchat.

2

**Le psychologue l'aide à exprimer son problème**, à en comprendre les raisons et à trouver des solutions.

3

Le soutien psychologique prend fin lorsque la séance a permis de **répondre à la problématique** du salarié. Il peut rappeler le service à tout moment.

## Pourquoi recourir à ce service ?

**Les salariés les plus sensibles au stress ou traversant une période difficile ont souvent besoin de trouver une oreille attentive.**

En proposant ce service, ils pourront à tout moment compter sur un soutien psychologique contribuant à diminuer leur souffrance et à améliorer leur qualité de vie au travail.

### En bref, l'écoute psychologique

- **Un service délivré en toute confidentialité** par des psychologues cliniciens ou des psychologues du travail permettant **de limiter les arrêts de travail.**
- **Un service qui peut être utilisé pour des problématiques d'ordre personnel ou professionnel** (problèmes financiers, familiaux, deuil, stress, anxiété, perte de confiance...).
- **Un service accessible 24h/24, 7j/7** depuis un numéro dédié. Sur le site de notre partenaire, les salariés pourront en amont de l'échange téléphonique, **choisir leur psychologue, en consultant le statut en temps réel (disponible, en consultation, absent), le domaine d'expertise, les langues parlées et le planning de connexion** ; ils pourront contacter directement le psychologue identifié en renseignant le code à 4 chiffres visible sur son profil, qu'ils trouveront sur le serveur vocal. Ils pourront également échanger avec eux par tchat.

# Lexique



## Attestation de droits à l'assurance maladie

Cette attestation est indispensable pour justifier d'une affiliation à l'Assurance Maladie, auprès de professionnels de santé, en cas d'hospitalisation. Elle est également demandée lors de l'inscription d'un enfant à l'école, à la crèche ou à une activité sportive.

## Base de remboursement de la Sécurité sociale

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité sociale française. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

## Bénéficiaire des prestations

L'assuré et ses ayants droit inscrits et mentionnés dans le Certificat d'adhésion.

## Centre de gestion

Votre Centre de gestion est votre interlocuteur privilégié pour toutes vos demandes liées à vos frais de santé (remboursement, changement de situation familiale...).

Vous trouverez ses coordonnées sur votre Certificat d'adhésion ou votre carte de tiers payant.

Vous pouvez joindre votre Centre de gestion via votre Espace personnel, à l'adresse : [monespace.cnp-protectionsociale.fr](https://monespace.cnp-protectionsociale.fr)

## Certificat d'adhésion

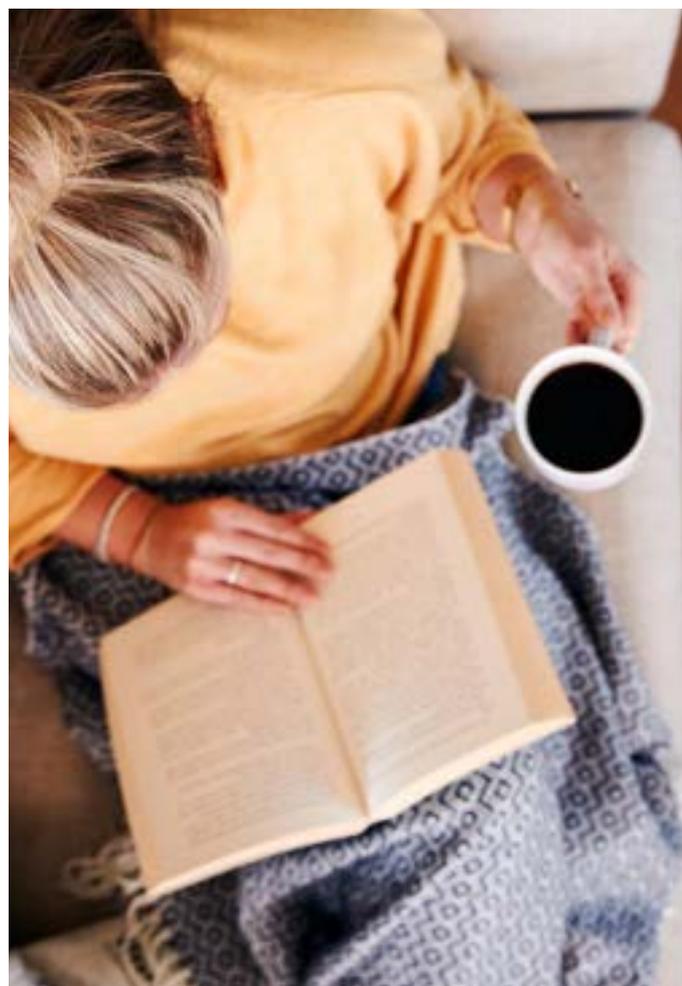
Document envoyé à l'assuré après acceptation de sa demande d'adhésion. Il reprend les garanties souscrites et le montant de la cotisation.

## CPAM

Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Elle rembourse les frais de santé des assurés sociaux pour une région et pour le compte de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

## Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

Contrats mis en place entre l'Assurance Maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à modérer leurs dépassements d'honoraires : DPTM (Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée).



### Médecin traitant

Le rôle du Médecin Traitant est de coordonner le « parcours de soins », c'est-à-dire les examens nécessaires au suivi de la santé du patient. C'est lui que l'assuré consulte dans un premier temps. Si besoin, et avec son accord, le Médecin Traitant l'adressera dans un deuxième temps au professionnel de santé le plus apte à traiter sa situation.

### Parcours de soins coordonnés

Mode d'accès aux soins prévoyant l'obligation de désigner un Médecin Traitant et de le consulter en première intention, conformément à la loi n° 2004-810 du 13/08/2004.

### Part complémentaire

Remboursement des frais médicaux et chirurgicaux effectué en complément de celui effectué par le Régime obligatoire de Sécurité sociale.

### Régime obligatoire

Régime d'Assurance Maladie auquel l'assuré est obligatoirement rattaché en fonction de son statut professionnel ou de sa situation.

### Télétransmission

Échange informatique entre les différents acteurs de la santé.

La Télétransmission vous dispense d'envoyer vos feuilles de soins à votre organisme obligatoire (pour la partie Sécurité sociale) et/ou complémentaire.

### Tiers payant

Mécanisme grâce auquel vous êtes dispensé de l'avance des frais pris en charge par les régimes obligatoires et complémentaires chez les professionnels de santé. Conformément aux règles encadrant les contrats dits « responsables », vous bénéficiez du tiers payant sur l'ensemble des actes remboursés par la Sécurité sociale (au moins à hauteur du tarif de responsabilité).



## Conseils santé

Santé, bien-être, retraite, qualité de vie au travail : retrouvez tous nos conseils pour prendre soin de vous jour après jour.

**Une question ? Un conseil ?  
Nous sommes là pour vous !**



[monespace.cnp-protectionsociale.fr](https://monespace.cnp-protectionsociale.fr)



**09 69 329 270**  
du lundi au vendredi de 8h30 à 20h



**CNP Assurances**  
CG 733 - TSA 30056  
69796 SAINT PRIEST CEDEX

Assurons  
un monde  
plus ouvert



**CNP Assurances Protection Sociale**  
Société Anonyme à conseil d'administration au capital de 293 461 890€ entièrement libéré.  
Entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 1-11 rue Brillat-Savarin - 75013 Paris - 905 054 128 RCS PARIS.  
CNPXX - 2025-01 - Document à caractère publicitaire - Droits photographiques : iStock by Getty Images.

Création : Agence Caribou - 03 28 32 12 12.

