

SANTÉ
HCR



GUIDE PRATIQUE DU SALARIÉ

RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ

DANS LE CADRE DU RÉGIME COLLECTIF OBLIGATOIRE
DE L'ENSEMBLE DES SALAIRES RELEVANT
DE LA CONVENTION COLLECTIVE
DES HÔTELS, CAFÉS, RESTAURANTS

JANVIER 2011



SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
LES POINTS CLÉS DU RÉGIME CONVENTIONNEL HCR SANTÉ	3
Où adresser vos demandes portant sur votre affiliation et vos prestations ?	3
BON A SAVOIR: SERVICES ET CONSEILS PRATIQUES	4
Comment s'effectue le règlement des prestations ?	4
Quelles sont les pièces à fournir ?	4
Quels sont les délais de déclaration ?	4
Le décompte de prestations	4
L'espace «Assurés» du portail www.gpam.fr	5
NOEMIE : Pour des remboursements plus rapides	5
Comment obtenir la carte de tiers payant?	5
Quelles sont les précautions à prendre avant d'engager une dépense sur un poste onéreux ?	6
Comment obtenir une prise en charge ?	6
Coordonnées complètes de GPS Gestion Prestation Service	6
TABLEAU DE GARANTIES DE RÉGIME CONVENTIONNEL HCR SANTÉ	6
EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS DU RÉGIME CONVENTIONNEL HCR SANTÉ DANS LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS	7
LEXIQUE	9
RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES FACULTATIFS	12

Document non contractuel

INTRODUCTION

Votre entreprise relève de la Convention collective nationale des Hôtels, Cafés, Restaurants.

Les partenaires sociaux de votre Branche professionnelle ont instauré, par accord collectif du 6 octobre 2010, un régime conventionnel de frais de santé au plan national, au bénéfice de l'ensemble des salariés relevant du champ d'application de la Convention collective nationale visée ci-dessus.

Les organismes suivants ont été désignés co-assureurs du régime frais de santé :

- **Malakoff Médéric Prévoyance (ex-URRPIMMEC)**, Institution de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale, ayant son siège social 21 rue Laffitte, 75009 PARIS, apériteur du régime,
- **IPGM**, Institution de prévoyance du Groupe Mornay relevant du Code de la Sécurité sociale, ayant son siège social 5 à 9 rue Van Gogh, 75012 PARIS,
- **AUDIENS PREVOYANCE**, Institution de prévoyance, relevant du Code de la Sécurité sociale, ayant son siège social 74 rue Jean Bleuzen, 92170 VANVES.

L'organisme suivant a été désigné pour gérer les affiliations et les prestations des salariés des Entreprises adhérentes au régime :

- **GPS Gestion Prestation Service SAS**, immatriculée au RCS de Paris sous le n° 490 527 199, ayant son siège social 51 avenue Hoche, 75008 PARIS.
Site administratif: GPS 41207 ROMORANTIN CEDEX

Pour connaître l'organisme assureur de votre régime vous pouvez vous connecter au site www.hcrsante.fr.

Lors de la mise en place des garanties au sein de votre entreprise, l'Institution à laquelle votre entreprise a adhéré lui a transmis une notice d'information, à charge pour elle de la remettre aux salariés bénéficiaires.

LES POINTS CLÉS DU RÉGIME CONVENTIONNEL HCR SANTÉ

Le régime conventionnel HCR Santé est un régime collectif obligatoire.

En tant que salarié assuré vous êtes le seul bénéficiaire de ce régime.

Pour en bénéficier vous devez :

- 1 appartenir à la catégorie de personnel assurée par le contrat souscrit par l'entreprise ;
- 2 être titulaire d'un contrat de travail quelle qu'en soit la nature ;
- 3 justifier d'un mois civil complet d'emploi dans votre entreprise ;
- 4 relever du régime général de la Sécurité sociale française, ou du régime local « Alsace-Moselle ».

OÙ ADRESSER VOS DEMANDES PORTANT SUR VOTRE AFFILIATION ET VOS PRESTATIONS ?

Pour plus d'informations sur le Régime HCR Santé connectez-vous à www.hcrsante.fr



Pour toute demande de renseignements portant sur les prestations de votre régime frais de santé, vous pouvez contacter votre gestionnaire :



Gestion Prestation Service

GPS - 41207 ROMORANTIN CEDEX

Site Internet: **www.gpam.fr**

e-mail: gestion@gpam.fr

Téléphone :

N°Azur 0 811 46 06 65

PRIX D'UN APPEL LOCAL DEPUIS UN POSTE FIXE

OU

Tél : 02 54 88 38 12

Fax: 02 54 95 90 96

du lundi au vendredi de

9h 00 à 12h 30 et de 13h 30 à 17h 30

(17h 00 le vendredi)

SERVICES ET CONSEILS PRATIQUES

Pour une gestion simple, rapide,
éco-responsable adoptez le
«réflexe» internet avec
www.gpam.fr

COMMENT S'EFFECTUE LE RÈGLEMENT
DES PRESTATIONS ?

Les prestations dues au titre du régime HCR Santé ne peuvent être versées qu'à l'assuré lui-même.

Après réception de votre dossier complet, le remboursement s'effectue par virement bancaire.

Vous devez donc informer GPS de toutes modifications concernant vos coordonnées bancaires.

Si vous souhaitez vérifier le RIB enregistré par GPS : connectez-vous à la rubrique «votre compte» de votre espace personnel sur le site www.gpam.fr



QUELLES SONT LES PIÈCES À FOURNIR ?

■ Pour les soins courants :

Avec le système NOEMIE, vous bénéficiez du remboursement automatisé grâce au transfert des décomptes entre votre caisse de sécurité sociale et GPS (télétransmission).

Si vous y avez renoncé au moment de votre affiliation vous devez adresser à GPS les décomptes originaux de remboursement de la Sécurité sociale ou, le cas échéant, le décompte original d'une autre mutuelle ayant déjà procédé à un remboursement partiel.

■ En cas d'hospitalisation, adressez :

→ la facture acquittée de l'établissement hospitalier mentionnant les frais engagés, la participation de la Sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, la codification de l'acte opératoire ;

→ le reçu du ticket modérateur indiquant la nature des soins et la participation de la Sécurité sociale.

■ Pour l'orthodontie, adressez :

→ la facture détaillée précisant le semestre de traitement concerné ainsi que les dates de début et de fin de semestre ;

→ la notification éventuelle de refus de prise en charge de la Sécurité sociale et éventuellement celle relative à un traitement de contention.

■ Pour les prothèses dentaires, adressez :

→ l'original de la facture détaillée et acquittée des frais engagés précisant la codification en lettres-codées des travaux effectués.

■ Pour l'optique, adressez :

→ pour les lunettes : la facture de l'opticien indiquant les frais réellement engagés pour les verres et la monture (facturés distinctement) ;

→ pour les lentilles de contact correctrices, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que la prescription médicale datant de moins de deux ans.

■ Pour la cure thermale, adressez :

→ la (les) facture(s) détaillée(s) avec les frais d'hébergement, de transport, de soins et d'honoraires des médecins.

■ Pour les prestations non prises en charge par la Sécurité sociale, adressez :

→ la facture délivrée par le professionnel de santé (lentilles correctrices, ostéopathie, chiropractie...).

■ Pour le forfait maternité, adressez :

→ un acte de naissance de l'enfant nouveau-né. Cette allocation est versée sous réserve que vous soyez, en qualité d'assurée, la mère de l'enfant. Ce forfait est versé autant de fois que d'enfant(s) né(s). Il est étendu aux cas d'adoption plénière dans les mêmes conditions et sur présentation du jugement définitif d'adoption.

■ Veuillez conserver les justificatifs :

GPS peut, à tout moment, demander les justificatifs nécessaires au règlement d'un dossier y compris si vous bénéficiez de remboursements automatisés grâce à la télétransmission.

QUELS SONT LES DÉLAIS DE DÉCLARATION ?

Les demandes de prestations doivent intervenir au plus tard dans les deux ans suivant la date des soins figurant sur le décompte de Sécurité sociale (ou la facture du professionnel de santé, s'agissant des actes non pris en charge par cet organisme).

En cas d'hospitalisation :
pensez à demander
une prise en charge sur le site
www.gpam.fr



LE DÉCOMPTE DE PRESTATIONS

À réception de chaque dossier complet, GPS effectue le règlement et vous adresse un décompte de prestations par courrier ou par e-mail (selon votre choix) :

- Par courrier : GPS vous adresse un décompte récapitulatif des prestations versées dans le mois.
- Par e-mail : GPS vous adresse un décompte à chaque remboursement. Vous pouvez opter pour ce service au moment de votre affiliation ou en quelques clics sur le site www.gpam.fr:

Le décompte par e-mail :



- ✓ sûr, instantané, écologique,
- ✓ réception en temps réel,
- ✓ un virement = un décompte.

L'ESPACE « ASSURÉS » DU PORTAIL www.gpam.fr

Pour une gestion simplifiée, connectez-vous à votre espace personnel sécurisé. Munissez-vous de votre numéro d'adhérent et de votre mot de passe délivrés, soit avec votre carte de tiers payant, soit par e-mail si vous avez demandé votre affiliation sur le site www.gpam.fr.

Sur votre espace, vous pourrez :

- Visualiser vos remboursements :
 - Consulter le détail de vos remboursements en temps réel (par dossier et par soin), ainsi que ceux réglés directement au professionnel de santé par tiers payant.
 - Consulter les soins transmis par la sécurité sociale si vous bénéficiez de la télétransmission.
- Vérifier et modifier vos informations personnelles :
 - Vérifier vos coordonnées personnelles et bancaires.
 - Demander l'attachement ou le détachement de la télétransmission avec la sécurité sociale.
- Réaliser un devis :
 - Calculer votre remboursement via la rubrique « simuler un remboursement ».

Attention : pour les frais optiques et dentaires envoyez vos devis par e-mail ou par fax à GPS (gestion@gpam.fr), vos conseillers vous répondent sous 24 heures.

NOEMIE : POUR DES REMBOURSEMENTS PLUS RAPIDES

Il s'agit du transfert automatique de vos décomptes de sécurité sociale entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et GPS.

Vous bénéficiez de ce service dès votre affiliation, sous réserve que vous fournissiez la copie de votre attestation de sécurité sociale jointe à votre carte Vitale.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de ce service vous pouvez y renoncer au moment de votre affiliation ou en adressant une demande écrite à GPS. Dans ce cas, vous devrez adresser vos décomptes originaux de la sécurité sociale à GPS pour obtenir les prestations complémentaires.

Pour consulter l'état de la connexion NOEMIE (demande, acceptation, ...) connectez-vous à votre espace personnel sur le site www.gpam.fr



COMMENT OBTENIR LA CARTE DE TIERS PAYANT ?

La carte de tiers payant permet d'éviter l'avance du paiement du ticket modérateur pour les actes suivants pris en charge par la sécurité sociale: pharmacie, biologie, radiologie, auxiliaires médicaux, transport et soins externes.

Elle est commandée automatiquement à l'ouverture de vos droits, c'est à dire lorsque que vous avez rempli la condition d'un mois civil complet d'emploi dans votre entreprise. À compter de cette date, elle est livrée à votre domicile dans un délai de 7 jours sous réserve que les formalités d'affiliation aient été effectuées.

Vous pouvez visualiser le suivi jusqu'à la livraison dans la rubrique « votre compte » de votre espace assuré sur www.gpam.fr



Important : À réception, vérifiez son contenu. Si une anomalie apparaît, vous devez la retourner à GPS en précisant les corrections à prendre en compte et en joignant les éventuels justificatifs.

Important : lorsque vos droits à garanties cessent de façon temporaire ou définitive, vous devez impérativement restituer votre carte de tiers payant et informer les professionnels de santé auxquels vous faites habituellement appel afin que ceux-ci mettent à jour leurs fichiers informatiques.

Vous serez redevable des prestations versées indûment.

QUELLES SONT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE AVANT D'ENGAGER UNE DÉPENSE SUR UN POSTE ONÉREUX ?

Afin de bien estimer votre éventuel « reste à charge » pour des actes onéreux il convient de faire établir un devis par votre professionnel de santé.

Adressez, le devis à GPS pour une estimation rapide de votre remboursement.

Exemples de soins : réalisation de prothèses dentaires, acquisition d'équipement optique ou auditif, intervention chirurgicale, ...

COMMENT OBTENIR UNE PRISE EN CHARGE ?

La prise en charge vous permet de ne pas faire l'avance des frais dans la limite des garanties prévues par le régime.

GPS règle directement le professionnel de santé.

■ L'hospitalisation :

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, vous pouvez faire une demande de prise en charge directement sur le site gpam.fr

Faites également votre demande :

- par e-mail : pec@gpam.fr
- par fax
- par téléphone
- ou par courrier adressé à GPS



■ Les frais optiques et les frais dentaires :

Avec la Carte de tiers payant, vous bénéficiez par ailleurs d'un service de prise en charge optique et dentaire avec une procédure simplifiée :

1 Présentez votre carte à l'opticien ou au dentiste de votre choix.

2 Le professionnel de santé envoie une demande de prise en charge à GPS :

- par fax
- par e-mail : pec@gpam.fr

Le dentiste doit préciser la période de soin et l'opticien doit joindre l'ordonnance de l'ophtalmologiste.

3 GPS délivre une prise en charge et la transmet directement par fax ou par e-mail au professionnel de santé.

4 Réglez la part non prise en charge par le régime et éventuellement la part Sécurité sociale si le professionnel de santé ne pratique pas le tiers payant avec la sécurité sociale.

GPS - 41 207 ROMORANTIN CEDEX

PLATE-FORME ACCUEIL DES ASSURÉS

Téléphone : **N°Azur 0 811 46 06 65** ou Tél : 02 54 88 38 12 - Fax: 02 54 95 90 96

PREMIER PRIX D'UN APPEL LOCAL DEPUIS UN POSTE FIXE

e-mail : gestion@gpam.fr

ACCUEIL PROFESSIONNELS DE SANTÉ et DEMANDES DE PRISES EN CHARGE

Tél : 02 54 88 38 12

Fax: 02 54 95 90 95

e-mail : pec@gpam.fr

www.gpam.fr

TABLEAU DE GARANTIES DU RÉGIME CONVENTIONNEL HCR SANTÉ

Les prestations ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit (hors forfait maternité ou adoption).

Les actes non remboursables inscrits à la CCAM et/ou non inscrits à la NGAP (hors nomenclature) ne sont pas pris en charge, sauf exceptions concernant toutefois des actes ou spécialités à caractère thérapeutique.

Les prestations sont exprimées en complément du

remboursement effectué par le régime de base de la Sécurité sociale, étant précisé qu'elles sont ajustées pour le régime local Alsace-Moselle, de sorte que tout assuré bénéficie globalement d'un niveau de couverture strictement identique.

Les salariés ayant un mois civil complet d'emploi dans l'Entreprise Adhérente bénéficient des garanties de façon rétroactive pour les soins engagés à compter de leur date d'embauche sauf pour les frais d'optique et dentaire.

TABLEAU DE GARANTIES DU RÉGIME CONVENTIONNEL HCR SANTÉ (SUITE)

NATURE DES FRAIS	CCN HCR Santé
HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE	
■ Frais et honoraires chirurgicaux	110% BRSS
■ Frais de séjour	110% BRSS
■ Forfait hospitalier	100% des frais réels
■ Chambre particulière	25 € par jour
■ Frais de lit d'accompagnant	15 € par jour
MÉDECINE COURANTE	
■ Consultations, Visites de généralistes et spécialistes	30% BRSS
■ Actes de chirurgie, Actes techniques médicaux	30% BRSS
■ Analyses médicales	40% BRSS
■ Radiologie	30% BRSS
■ Auxiliaires médicaux	40% BRSS
■ Prothèses autres que dentaires	65% BRSS
■ Petit appareillage	100% BRSS
■ Ostéopathie, chiropractie, étiopathie	20 € / consultation (remboursement limité à 80 € / an)
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques	100% du ticket modérateur
DENTAIRE	
■ Soins dentaires	30% BRSS
■ Inlays, Onlays	200% BRSS
■ Prothèses dentaires prises en charge par la SS	200% BRSS
■ Prothèses dentaires non prises en charge par la SS (pilier de bridge sur dent saine, à l'exclusion des implants)	200% BRSS reconstituée sur la base d'un SPR 50
■ Orthodontie acceptée par la SS	166% BRSS
■ Orthodontie non prise en charge par la SS (assuré de moins de 25 ans)	100% BRSS reconstituée sur la base d'un TO 90
OPTIQUE	
■ Verres (par verre)	3,5% PMSS + en fonction de la correction du verre : Unifocaux (selon la dioptrie) - de 0 à 4 : + 1,75 % PMSS - de 4,25 à 6 : + 2,65 % PMSS - de 6,25 à 8 : + 3,50 % PMSS - à partir de 8,25 : + 5,25 % PMSS Multifocaux (selon la dioptrie) - de 0 à 4 : + 4,40 % PMSS - de 4,25 à 6 : + 5,60 % PMSS - de 6,25 à 8 : + 5,95 % PMSS - à partir de 8,25 : + 6,30 % PMSS
■ Monture	100 € tous les 2 ans / bénéficiaire
■ Lentilles correctrices prises en charge par la SS (y compris jetables)	126 € / an / bénéficiaire
■ Lentilles correctrices non prises en charge par la SS (y compris jetables)	126 € / an / bénéficiaire
CURE THERMALES acceptées par la SS, y compris transport et hébergement	
	100% du ticket modérateur
MATERNITÉ	
■ Forfait maternité ou adoption	8% PMSS / enfant
■ Chambre particulière (8 jours maximum)	1,5% PMSS / jour
AUTRES REMBOURSEMENTS	
■ Transport accepté	35% BRSS
■ Pilule et patch contraceptif non remboursés	1% PMSS / an / bénéficiaire
ACTES DE PRÉVENTION	
■ Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la Sécurité sociale)	80 € / an / bénéficiaire pris en charge au titre du poste dont ils relèvent
■ Remboursement des actes de prévention en application de l'art.R.871-2 du Code de la Sécurité sociale	

BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

**EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS DU RÉGIME CONVENTIONNEL HCR SANTÉ
DANS LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS**

ACTES	FRAIS RÉELS	BRSS	MONTANT REMBOURSÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT DU RÉGIME HCR SANTÉ	RESTE À CHARGE
Médecin Traitant Généraliste dans le parcours de soins	23,00 €	23,00 €	16,10 € ⁽¹⁾	6,90 €	0 € ⁽¹⁾
SPÉCIALISTE SECTEUR 1 OU SECTEUR 2 AVEC OPTION DE COORDINATION DANS LE PARCOURS DE SOINS					
Médecin Correspondant (consultation pour suivi régulier)	28,00 €	28,00 €	19,60 € ⁽¹⁾	8,40 €	0 € ⁽¹⁾
Médecin Correspondant (consultation pour avis ponctuel)	46,00 €	46,00 €	32,20 € ⁽¹⁾	13,80 €	0 € ⁽¹⁾
En accès spécifique (gynécologue, ophtalmologue)	28,00 €	28,00 €	19,60 € ⁽¹⁾	8,40 €	0 € ⁽¹⁾
SPÉCIALISTE SECTEUR 2 HONORAIRES LIBRES DANS LE PARCOURS DE SOINS					
Médecin Correspondant (consultation pour suivi régulier)	45,00 €	23,00 €	16,10 € ⁽¹⁾	6,90 €	22,00 € ⁽¹⁾
Médecin Correspondant (consultation pour avis ponctuel)	60,00 €	46,00 €	32,20 € ⁽¹⁾	13,80 €	14,00 € ⁽¹⁾
En accès spécifique (gynécologue, ophtalmologue)	55,00 €	23,00 €	16,10 € ⁽¹⁾	6,90 €	32,00 € ⁽¹⁾
Couronne prise en charge par la SS	420,00 €	107,50 €	75,25 €	215,00 €	129,75 €
Inlay (SC 17)	250,00 €	40,97 €	28,67 €	81,94 €	139,39 €
Soins dentaires (Amalgame SC 12)	28,92 €	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €
LUNETTERIE ADULTE					
Monture	180,00 €	2,84 €	1,85 €	100,00 €	78,15 €
Correction nécessitant des verres unifocaux (vision de loin uniquement)					
Verre droit -0,25 (0,50) 90°	101,00 €	3,66 €	2,38 €	98,62 €	0 €
Verre gauche -0,25 (0,50) 90°	101,00 €	3,66 €	2,38 €	98,62 €	0 €
Correction nécessitant des verres multifocaux					
Verre droit -3,25 (+0,50) 180° Add 1,75	245,00 €	10,37 €	6,74 €	232,73 €	5,53 €
Verre gauche -2,75 (+0,50) 180° Add 1,75	224,50 €	10,37 €	6,74 €	217,76 €	0 €
Lentilles correctrices non prises en charge par la SS (les 2)	255,00 €	0 €	0 €	126,00 €	129,00 €

(1) Hors participation forfaitaire de 1 € - BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale

LEXIQUE

Adhérente ou Entreprise adhérente	Entreprise qui adhère au régime frais de santé pour le compte de son personnel défini au certificat d'adhésion ou conditions particulières, s'engage à verser les cotisations du contrat collectif et dont le représentant habilité signe le bulletin d'adhésion.
Assuré	Membre du personnel relevant de la catégorie de personnel assurée, le cas échéant ancien salarié au titre du dispositif de portabilité.
Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)	Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de : <ul style="list-style-type: none"> → Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession. → Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention. → Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.
Bénéficiaire	Personne couverte par la garantie du régime de frais de santé lors de l'engagement des dépenses de santé.
Dépassement d'honoraires	Différence entre les frais réels et le tarif de responsabilité ou la base de remboursement de la Sécurité sociale.
Dossier Médical Personnel (DMP)	Service conçu pour mettre à la disposition de chacun des bénéficiaires de l'assurance maladie un dossier médical, placé sous son contrôle. Ce dossier médical électronique sécurisé lorsqu'il sera effectif, sera accessible par Internet et contiendra des informations médicales nécessaires à la prise en charge du patient.
Forfait hospitalier	Forfait fixé par arrêté ministériel, non remboursé par la Sécurité sociale, supporté par les personnes admises dans les établissements hospitaliers ou médico-sociaux.
Garantie	Engagement de l'Institution, en contrepartie du paiement d'une cotisation, à verser une prestation en cas de dépenses de frais de santé couvertes par le contrat, engagées au cours de la période d'assurance.
Maladie	Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations en nature du régime de base de la Sécurité sociale française.
Médecin correspondant	Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le médecin correspondant est celui vers lequel le médecin traitant oriente le patient pour avis. Il peut également assurer des soins programmés avec le médecin traitant ou prendre en charge des séquences de soins spécialisés nécessitées par l'état de santé du patient.
Médecin traitant	Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le médecin traitant, choisi par l'assuré, est consulté en priorité par ce dernier et le suit tout au long de son parcours de soins. Il oriente le patient, en cas de besoin, vers un autre praticien, le médecin correspondant.

NOEMIE « Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs ». Echanges d'informations entre les caisses nationales des régimes obligatoires d'assurance maladie de la Sécurité sociale et les organismes complémentaires de protection sociale.

Nomenclatures Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement.

Les principales nomenclatures sont :

- pour les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites), il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (**NGAP**),
- pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie...), il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (**CCAM**),
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (**NABM**),
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage...), il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (**LPP**),
- pour les soins hospitaliers, il s'agit de groupes homogènes de séjours (**GHS**).

Parcours de soins coordonnés Parcours, faisant notamment intervenir le médecin traitant, que doit suivre l'assuré pour ne pas supporter certaines pénalités de remboursement de la Sécurité sociale.

PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale) Valeur utilisée pour le calcul de certaines cotisations sociales et de certaines prestations ; son montant, fixé par arrêté, évolue au 1er janvier de chaque année.

Prestation Montant remboursé à l'assuré par l'Institution en application de ses garanties.

Sinistre Réalisation de l'événement susceptible de mettre en jeu une garantie.

Surcomplémentaire Couverture supplémentaire destinée à compléter les garanties d'une première assurance sur certains postes.

Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR) Montant qui sert de référence pour le remboursement des médicaments de marque en fonction du prix du générique correspondant.

Ticket Modérateur (TM) Différence entre le tarif de responsabilité ou la base de remboursement de la Sécurité sociale, et le remboursement qu'elle effectue.

**FAITES BÉNÉFICIER VOTRE FAMILLE D'UNE COUVERTURE SANTÉ,
AMÉLIOREZ VOTRE NIVEAU DE GARANTIES**

Si votre employeur n'a pas souscrit de contrat collectif complétant les garanties HCR santé, nous vous proposons des solutions :

- Améliorez votre niveau de garanties en souscrivant un des 2 régimes surcomplémentaires.
- Couvrez votre famille en souscrivant un régime équivalent à celui du régime conventionnel HCR Santé ou à un des 2 régimes surcomplémentaires.
- Maintenez votre couverture et éventuellement celle de vos ayants droit en cas de suspension ou de rupture de votre contrat de travail quelle qu'elle soit, et également entre chacune de vos saisons.

Exemple 1

Vous souhaitez être mieux remboursé pour la garantie « prothèses dentaires », vous pouvez souscrire un régime surcomplémentaire.

Exemple 2

En qualité de salarié vous êtes seul à bénéficier du régime conventionnel HCR Santé. Vous avez la possibilité de souscrire un régime pour votre famille.

Exemple 3

Vous êtes saisonnier, entre 2 saisons vous allez bénéficier d'un maintien temporaire de vos garanties au titre du dispositif de portabilité. Si cette période ne couvre pas intégralement l'inter-saison, vous bénéficiez d'un régime spécifique à un coût préférentiel pour maintenir votre garantie jusqu'au début de votre prochaine saison.

Connectez-vous à www.gpam.fr pour compléter votre formulaire de souscription en ligne.

Vous pouvez également y télécharger votre pack adhésion et retourner votre dossier à :

GPS - 41207 Romorantin CEDEX



Les conseillers GPS
répondent à toutes
vos questions sur les
régimes facultatifs au

02 54 88 38 15

**Pour souscrire ou
pour obtenir plus
d'information sur
les régimes facultatifs**

**connectez-vous à
www.gpam.fr**

**ou sur le site
www.hcrsante.fr**