

CDG 56 – FAQ

SANTE

11.09.2023

INTÉRIALE



GRUPE MUTUALISTE EUROPÉEN
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

 **SOMMAIRE**

1.	LE PRINCIPE D'UNE CONVENTION SANTE	3
2.	LES GARANTIES SANTE	5
3.	LES ADHERENTS ET BENEFICIAIRES	11
4.	LA COTISATION	14
5.	L'ADHESION DE LA COLLECTIVITE	18
6.	L'ADHESION DE L'AGENT	20
7.	LA GESTION DES SERVICES ASSOCIES	25

1. LE PRINCIPE D'UNE CONVENTION SANTE

Qu'est-ce que la complémentaire « SANTÉ » ?

La complémentaire « Santé » intervient en cas de maladie, accident, maternité et complète la couverture apportée par la Sécurité Sociale. La complémentaire « santé » permet le remboursement aux agents de frais non couverts ou partiellement couverts par la Sécurité Sociale comme l'achat de médicaments, les frais d'optique, le forfait journalier, les frais dentaires.

Etes-vous soumis aux dispositions du livre II du Code de la mutualité ?

Oui Interiale est bien soumis au code de la mutualité.

Le code de la Mutualité cadre juridique des mutuelles

Le code de la Mutualité contient l'ensemble des dispositions applicables aux mutuelles, à leurs unions et à leurs fédérations.

La codification des dispositions régissant le fonctionnement des mutuelles est intervenue dans le cadre de l'ordonnance du 19 octobre 1945 portant statut de la Mutualité et du décret du 5 août 1955. L'objectif était notamment d'harmoniser l'action de la Mutualité avec celle de la Sécurité sociale devenue obligatoire.

Par la suite, le code de la Mutualité a fait l'objet de réformes majeures en 1985 et en 2001. La refonte de 2001, déjà réalisée par voie d'ordonnance, a permis de transposer les directives communautaires assurance Solvabilité I et de moderniser les règles applicables aux organismes mutualistes.

La partie législative du code de la Mutualité est divisée en 6 livres :

- Livre I** : Règles générales applicables à l'ensemble des mutuelles, unions et fédérations.
- Livre II** : Mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation.
- Livre III** : Mutuelles et unions pratiquant la prévention, l'action sociale et la gestion de réalisations sanitaires et sociales.
- Livre IV** : Relations avec l'Etat et les autres collectivités publiques.
- Livre V** : Contrôle des mutuelles, unions et fédérations.
- Livre VI** : Dispositions d'application.

Qu'est-ce que l'attestation vitale ?

Il s'agit du document de la CPAM regroupement votre numéro de caisse ainsi que de votre numéro de sécurité sociale. L'**attestation** de sécurité sociale est un document justifiant de votre affiliation à un régime d'Assurance maladie ainsi que les bénéficiaires mineurs le cas échéant. Elle vous est demandée dans certaines situations, en complément de la carte **Vitale**.

Qu'est-ce que la base maîtrisé / libre ?

Dans le cadre de la réforme 100% santé, les professionnels de santé ont l'obligation de transmettre un devis sans reste à charge. Vous pouvez procéder à de l'analyse de devis. Le dentiste sera probablement le plus à même de vous conseiller. Le panier maîtrisé représente des actes ou les honoraires de facturation sont limités.

La réforme 100 % Santé prévoit trois types de paniers :

1. **Les paniers 100% Santé ou RAC 0**, dont les caractéristiques permettent un remboursement intégral (optique, audio, dentaire)
2. **Le panier « maîtrisé »**, qui ne concerne que le domaine dentaire, dans lequel les tarifs des chirurgiens-dentistes ont été plafonnés mais qui peut vous laisser un reste à charge après remboursement par le régime obligatoire et par le régime complémentaire

3. **Les paniers « libres »**, dans lequel les soins et équipements ne répondent pas aux critères de la réforme (optique, audio, dentaire) et peuvent laisser un reste à charge (voire ne pas être pris en charge par votre complémentaire santé).

2. LES GARANTIES SANTE

Qu'est-ce que le ticket modérateur ?

Le ticket modérateur représente la différence entre la base de remboursement et le remboursement effectué par la sécurité sociale. Par exemple, la base de remboursement pour une consultation chez un généraliste est de 25 €, le remboursement de la sécurité sociale est de 70 % de cette base de remboursement, soit 17,50 €, le ticket modérateur est donc de 7,50 €. Si la consultation chez le généraliste avait été de 30€, le remboursement de la sécurité sociale serait resté de 70 % de 25 € soit 17,50 €, et le ticket modérateur lui serait resté de 7,50 €, il y a donc 5 € de dépassement d'honoraires. Le taux ou le montant du ticket modérateur varie selon les actes de soins réalisés et les médicaments consommés et aussi de la situation de l'assuré (ex : affections longue durée, femme enceinte, ...). Le ticket modérateur est également impacté par le respect ou non du parcours de soins coordonnés.

Quelle est la différence entre un praticien conventionné ou non ? (Adhérent ou non à l'OTPAM ou OPTAM-CO pour la chirurgie et l'obstétrique)

Il existe deux types de conventions, le secteur 1 qui engage le praticien à ne pas pratiquer de dépassement d'honoraires ou très peu. Le secteur 2 qui permet au praticien de pratiquer des dépassements d'honoraires mais de manière raisonnable, le dépassement ne doit pas être excessif. Si le praticien est conventionné, (secteur 1 ou 2), la base de remboursement de la Sécurité Sociale s'applique, il y a donc une prise en charge importante de la Sécurité Sociale. En revanche, un médecin qui n'a pas signé la convention, et n'est donc pas adhérent à l'OPTAM, est considéré comme relevant du secteur 3, les remboursements sont donc très faibles (la Sécurité Sociale applique un tarif dit d'autorité), 0,61€ pour un généraliste et 1,22€ pour un spécialiste. (cf. site)

Qu'est-ce que des dépassements d'honoraires ?

Lorsqu'un praticien pratique des tarifs supérieurs aux bases de remboursements de la Sécurité Sociale, et que le patient doit payer en complément de l'intervention de la Sécurité Sociale et de la Complémentaire, il y a un dépassement d'honoraire.

Les lentilles sont-elles sans ordonnance ?

Oui, prise en charge avec les garanties N1 et N2 (150€/an) et N3 (200€/an).

Pour les remboursements médecine douce, les praticiens doivent-ils être agréés ?

S'ils sont déclarés en tant que professionnel de santé : acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, micro-kinésithérapeutes, nutritionnistes, ostéopathes, pédicures, podologues, psychomotriciens, réflexologues. Il faudra envoyer la facture à la mutuelle pour être remboursé.

Rôle du médecin traitant ?

En France, le médecin traitant a vocation à coordonner le parcours de soins de son patient, et à l'orienter si besoin, vers un confrère spécialiste que l'on appelle "médecin correspondant", ou encore vers un établissement de santé. L'assuré peut désigner ou changer de médecin traitant à tout instant et sans frais, mais est tenu de le consulter en priorité pour tout problème de santé, sauf en situation d'urgence ou en cas d'éloignement du domicile. Le patient conserve également la possibilité de consulter directement certains spécialistes, comme les dentistes, les ophtalmologues ou les gynécologues.

Qu'est-ce que le parcours de soins coordonnés ?

Le parcours de soins coordonnés impose à tous les assurés de plus de 16 ans de choisir un médecin traitant avant de consulter un médecin spécialiste (sauf exceptions), afin d'obtenir le remboursement standard des dépenses de santé prévu par le régime obligatoire d'assurance maladie. En cas de non-respect du parcours de soins, le montant de la prise en charge par l'Assurance Maladie est amputé de 40 %.

La différence ne peut pas être couverte dans le cadre d'un contrat de Complémentaire Santé Responsable.

Qu'est-ce que la base de remboursement Sécurité sociale ?

La Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) est le tarif défini par la Sécurité Sociale qui sert à calculer le montant du remboursement du régime obligatoire et de la complémentaire santé. L'Assurance Maladie Obligatoire prend en charge un pourcentage de cette base de remboursement. Si le patient a une Mutuelle Santé, celle-ci intervient en complément sur la partie restante de ce tarif en fonction du pourcentage fixé au contrat.

Que signifie « Frais réels » ?

Les frais réels correspondent aux sommes réellement engagées.

Si vous bénéficiez de remboursements aux frais réels cela signifie que vous serez remboursé intégralement des montants avancés.

Comment les frais d'hospitalisation sont-ils couverts ?

Une hospitalisation s'avère toujours plus coûteuse qu'on ne l'imagine. Dépassements d'honoraires, forfait journalier hospitalier, supplément « chambre particulière » ... Autant de raisons d'opter pour une complémentaire Santé. Les bases de remboursement de la Sécurité Sociale et le forfait journalier ainsi que les frais de séjour sont automatiquement couverts par la Complémentaire. Il est donc nécessaire de prendre une Complémentaire car le coût moyen d'une hospitalisation pour 5 jours est de 8 121€, la Sécurité Sociale prend en charge 5 600€, il reste donc 2 521€ à la charge de l'assuré s'il n'a pas de Complémentaire Santé.

Qu'est-ce que le forfait hospitalier ?

C'est la participation financière aux frais d'entretien et d'hébergement versée par toute personne hospitalisée plus de 24 heures. Il est de 20 € / jour à l'hôpital ou en clinique et de 15 € / jour dans les services psychiatriques des établissements de santé.

Ne paient pas le forfait hospitalier :

- Les personnes handicapées âgées de moins de 20 ans.
- Les victimes d'accident de travail ou de maladie professionnelle.
- Les femmes enceintes d'au moins 6 mois et les enfants de moins d'1 mois.
- Les invalides de guerre avec taux d'invalidité supérieur à 85 %.

Le forfait journalier hospitalier n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale.

Quelles sont les différentes vignettes de médicaments ?

Les vignettes blanches correspondent aux médicaments pris en charge à 65 % par la Sécurité Sociale.

Les vignettes bleues correspondent aux médicaments pris en charge à 30 % par la Sécurité Sociale (à compter du 1er janvier 2011).

Les vignettes orange correspondent aux médicaments pris en charge à 15 % par la Sécurité Sociale.

Est-il possible de changer de garanties en cours d'année ?

Le membre participant peut après expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion au contrat, choisir de modifier à la hausse le niveau de la garantie frais de santé dont il bénéficie, sous réserve d'en faire la demande au moins deux (2) mois avant la date d'effet souhaitée.

La modification du niveau de garantie à la hausse prend alors effet le premier jour du deuxième mois suivant la réception de la demande.

Le membre participant peut également choisir de modifier à la baisse le niveau de garantie frais de santé dont il bénéficie, sous réserve d'en faire la demande au moins deux (2) mois avant la date d'échéance de l'adhésion au contrat collectif, soit avant le 30 avril.

La modification du niveau de garantie à la baisse prend alors effet à la date d'échéance de l'adhésion au contrat collectif, soit le 1er juillet.

Afin de maintenir une couverture adaptée aux besoins réels de chaque membre participant et d'assurer un bon équilibre du contrat, le membre participant qui a choisi de modifier à la baisse le niveau de garantie frais de santé dont il bénéficie ne pourra demander une modification de niveau de garantie à la hausse qu'au terme d'un délai de deux (2) ans.

Qu'est-ce que la participation forfaitaire ?

Une participation forfaitaire d'un euro est demandée à tous les assurés de plus de 18 ans pour les consultations et tous les actes réalisés par un médecin généraliste ou spécialiste ; de même, pour les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

Toutefois, les femmes enceintes (à partir du 1er jour du 6ème mois de grossesse) et les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ne sont pas concernés par cette mesure.

Par ailleurs, des franchises sont appliquées sur les boîtes de médicaments (0,50€ par boîte) et les transports médicaux (2€).

Ces participations et franchises ne sont pas prises en charge par les Complémentaires Santé Responsables.

Pourquoi sur mon tableau de garanties je vois des remboursements en % et en € ?

Les complémentaires Santé proposent des remboursements en euros et/ou en pourcentage :

- Les sommes en euros représentent le montant maximal de remboursement versé par la Complémentaire Santé par bénéficiaire sur une période donnée, en complément du remboursement de la Sécurité Sociale. Ces sommes en euros correspondent souvent à des forfaits (ex : optique, contraception non remboursée par la Sécurité Sociale, cures thermales, etc.).
- Les prestations exprimées en pourcentage indiquent un taux global de remboursement qui s'applique soit à la base de remboursement de l'assurance maladie, soit aux frais réels. Le remboursement ainsi calculé peut intégrer ou pas le remboursement de la Sécurité Sociale, selon les indications portées sur les documents.

Comment obtenir mon attestation Vitale Sécurité Sociale ?

Vous pouvez télécharger votre attestation Vitale sur www.ameli.fr.

Si vous n'avez pas de compte sur [ameli.fr](http://www.ameli.fr), nous vous invitons à en créer un. C'est simple et rapide !

Y-a-t'il un délai de carence ? Pour quel type de prestations ?

Aucune carence ni délai de stage

La garantie Frais de Santé prend toujours effet :

- Au 1er jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle, au plus tôt à la date de prise d'effet du présent contrat collectif ;
- À une date postérieure, si cela a été demandé par le membre participant sur le bulletin d'adhésion ;
- Le lendemain de la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie du membre participant, et au plus tôt à la date de prise d'effet du présent contrat, sous réserve que la demande d'affiliation, accompagné du certificat de radiation, intervienne dans le délai de 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie.

La télé est-elle prise en charge dans les chambres particulières ?

La prise en charge de la télévision n'est pas couverte par le contrat.

Les chambres particulières sont-elles possibles pour de l'ambulatoire ?

Cette prestation est couverte par le poste « chambre particulière ».

Concernant l'orthodontie, comment est organisé le forfait / semestre lorsque l'on paye au trimestre ?

En général le praticien pratique une facture au semestre, mais pour connaître le remboursement que vous aurez au trimestre, il faut juste diviser par 2 la facture au semestre pour connaître le montant au trimestre.

En cas de soins d'orthodontie, comment se passe le transfert du dossier d'une mutuelle à l'autre ?

Voir avec orthodontiste pour clôturer le semestre de soins. Une fois l'affiliation effectuée, demander nouveau devis avec demande de prise en charge à Intériale.

Les médicaments non remboursés hors homéopathie sont-ils pris en charge et à quel montant ?

Non il n'y a pas de forfait pour « l'automédication ».

Les contrats prévoient-ils la téléconsultation ?

Oui, la téléconsultation est possible dans les contrats.

Existe-t-il un remboursement pour les dépassements d'honoraire ?

Oui, il faudra se baser sur la base de l'assurance maladie pour les remboursements et regarder la garantie qui convient le mieux pour qu'il y est le moins de reste à charge : L'ensemble des formules proposent une prise en charge sur les dépassements d'honoraires.

Existe-t-il une prime de naissance ?

Oui il existe une allocation maternité/enfant (y.c. adoption) d'une montant de 250€ quel que soit le niveau.

Existe-t-il une prise en charge pour les semelles orthopédiques ?

Oui, il y aura bien une prise en charge pour les semelles orthopédiques (si prise en charge sécurité sociale). Dans le tableau des garanties, voir sous matériel médical.

Quel sont les délais de remboursements ?

Délais rapides, souvent proche des délais bancaires concernant les prestations en télétransmissions.

Existe-t-il des options en plus que les agents peuvent souscrire, en renfort individuellement ?

Non le choix des agents se limite aux 3 formules présentées. Voir avec Intériale ou une autre compagnie si souhait de prendre une surcomplémentaire à titre individuel, qui viendra en complément avec un prélèvement sur compte bancaire.

Quelles sont les dispositions prévues lorsqu'un agent est en disponibilité pour convenances personnelles ou en congé parental ?

Article 8.3. de la Notice d'Information - Maintien des garanties en cas de suspension de l'activité ou du contrat de travail .

Cas 2 : maintien facultatif des garanties. Cas des suspensions non rémunérées ou non indemnisées.

Les membres participants dont l'activité ou le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire, ni de perception d'indemnités journalières (par exemple les membres participants en congé sans solde, congé de présence parentale, congé de proche aidant, congé de solidarité familiale, congé parental, congé sabbatique...) continuent de bénéficier des garanties d'assurance, sous réserve de s'acquitter, pendant toute la durée de la suspension de l'activité ou du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée, de l'intégralité de la cotisation due (part Souscripteur et part membre participant).

3. LES ADHERENTS ET BENEFICIAIRES

L'affiliation des ayants-droits au contrat collectif est facultative.

Les ayants droit sont les personnes rattachées au membre participant actif ou retraité et bénéficiant de la qualité de conjoint ou d'enfant ou d'ascendant.

Sont ainsi définis :

- Comme conjoint :

- o La personne légalement mariée non séparée de corps judiciairement,
- o Ou le partenaire lié au membre participant par un pacte civil de solidarité (PACS) conclu au titre des articles L 515-1 et suivants du code civil,
- o Ou le concubin du membre participant sous réserve que le concubinage ait été établi de façon notoire et que le domicile fiscal du membre participant et de son concubin soit identique,

- Comme enfants, les enfants du membre participant, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou reconnus, à sa charge ou de son conjoint, et qui, au 1er janvier de l'année en cours :

- o Sont âgés de moins de 18 ans,
- o De moins de 21 ans en recherche d'emploi et inscrits à Pôle Emploi,
- o de moins de 26 ans et qui :
 - Poursuivent leurs études, quel que soit l'établissement d'enseignement,
 - Ou sont en formation professionnelle,
 - Ou sont employés dans un centre d'aide par le travail en tant que travailleurs handicapés,
- o Ou sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du code de l'Action sociale et des familles, à condition que leur état d'invalidité soit reconnu avant l'âge de 21 ans,

- Comme ascendants : à la demande expresse du représentant légal, la personne vivant sous le toit du membre participant et à sa charge, et les ascendants, descendants et collatéraux à condition qu'elle soit inscrite comme ayant-droit au régime obligatoire.

Les enfants en contrat d'apprentissage peuvent-ils être couverts ?

Oui, étant scolarisé, un enfant en contrat d'apprentissage peut bénéficier du contrat jusqu'au 31 décembre à minuit suivant la date de leur 26ème anniversaire

Formule de garanties des ayants-droits ?

Le choix de la formule est du ressort de l'agent (membre participant). Elle est ensuite applicable à l'ensemble de ses ayants-droits.

Pour les bénéficiaires, quelles sont les modalités ?

Comme vu précédemment, l'ensemble des bénéficiaires sont couverts par la même formule que l'agent adhérent. Les ayants-droits ne bénéficient pas de la participation employeur. Ils peuvent rejoindre le contrat à tout moment après l'adhésion de l'adhérent.

Les CNI des enfants sont-elles nécessaires pour leur inscription ?

Oui il faudra fournir les CNI de toutes les personnes adhérentes au contrat tout comme les attestations de droits Sécurité Sociale

Est-il possible de spécifier 2 comptes bancaires pour les remboursements (moi et mon concubin) ?

Oui tout à fait en fournissant les 2 RIB.

Si l'enfant est détaché fiscalement ?

Si l'enfant est détaché fiscalement et quel que soit sa situation, il ne peut pas être rattaché au contrat santé des parents.

Lorsque l'on a un contrat de maintien de salaire avec notre mutuelle actuelle, sera-t-il toujours valable si l'on rompt contrat avec eux ?

Le contrat santé et prévoyance sont 2 contrats différents donc oui celui-ci pourra tout à fait être maintenu.

A qui devons-nous envoyer les demandes de remboursement ?

3 possibilités :

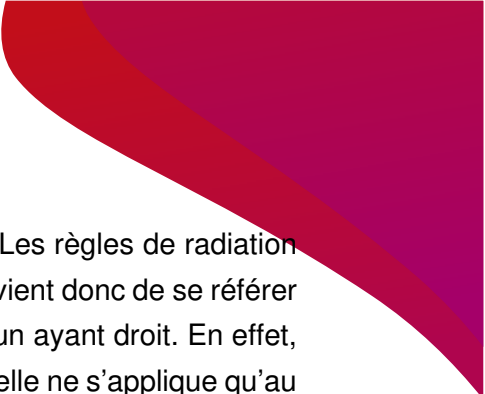
- via l'application mobile INTERIALE,
- sur l'espace adhérent INTERIALE,
- ou par courrier : **MUTUELLE INTERIALE - Centre de Gestion Intérieure - CS 50005 - 59040 LILLE CEDEX**

Les conjoints artisans ou libéraux peuvent-ils adhérer également ?

Oui tous les conjoints peuvent adhérer à la convention de participation en fournissant leur propre attestation de sécurité sociale.

Le droit de résiliation à tout moment (après 1 an d'ancienneté sur le contrat) est-il également applicable aux agents assurés sur un autre contrat santé en tant qu'ayants droits ?

- La loi prévoit un droit de résiliation à tout moment pour l'assuré titulaire du contrat (dénommé « membre participant »), dans le cadre d'adhésion à titre individuel ou collectif facultatif, en revanche, pour les contrats collectifs obligatoire seul l'employeur ou la personne morale souscriptrice (dénommé « adhérent ») peut demander la résiliation.



- La loi ne prévoit pas de possibilité de résiliation par l'ayant-droit. Les règles de radiation d'un ayant droit en cours de contrat sont fixées par chaque contrat. Il convient donc de se référer aux termes du contrat pour déterminer les conditions de résiliation pour un ayant droit. En effet, La loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019, indique que la Résiliation Infra Annuelle ne s'applique qu'au titulaire du contrat. Pour les Ayants-droits, seuls les motifs suivants sont prévus : mutuelle obligatoire, perte du régime obligatoire français, divorce/séparation, attribution de la Complémentaire santé solidaire. Les ayants-droits se trouvant hors motifs précédents, ne pourront être résiliés du contrat du titulaire qu'à échéance soit au 1er janvier de l'année suivante en respectant le délai d'envoi de la résiliation par LRAR avant le 31 octobre.

4. LA COTISATION

Comment sera prélevée ma cotisation ?

Aucune démarche à faire. La cotisation est directement prélevée sur votre salaire par la collectivité (précompte). Vos remboursements seront directement versés sur votre compte bancaire, c'est pourquoi il vous sera demandé un RIB au moment de l'adhésion.

Le précompte sur salaire est obligatoire ? ou l'agent peut choisir un autre moyen comme prélèvement sur le compte bancaire ?

Le précompte est bien obligatoire, le prélèvement s'effectue uniquement pour les personnes à la retraite ou les agents multi-employeurs.

Sur quel bulletin de paye est fait l'appel à cotisation ?

L'appel de cotisation est fait sur le bulletin de paye du mois en cours.

En matière de frais de santé, quelle sera l'obligation de participation de l'employeur public ?

La collectivité devra intervenir à hauteur de 50 % d'un panier minimum à hauteur d'un montant de référence, soit 15 euros de participation minimum par agent et par mois.

La négociation sociale pourra permettre l'amélioration des garanties et/ou du niveau de participation.

La cotisation du conjoint sera-t-elle prélevé sur le salaire de l'agent actif ?

Oui l'ensemble de la cotisation passe en précompte sur le bulletin de salaire de l'adhérent.

Si 2 agents fonctionnaires conjoints travaillent dans la même collectivité, doit-il souscrire un ou deux contrats ?

Si 2 agents travaillent dans la même collectivité, il vaut mieux adhérer séparément afin de percevoir la participation financière employeur pour chaque membre participant.

Quel sera le montant de la cotisation si adhésion du conjoint retraité et du Membre Participant en activité ?

Le principe est que l'ayant droit bénéficie de la tarification de sa propre tranche d'âge.

Exemple : Ainsi, et à titre d'exemple, pour un assuré agent de 41 ans qui rattache sur son adhésion sa conjointe de 38 ans et son enfant de moins de 18 ans, la cotisation totale à payer est celle du cumul des cotisations de la tranche adulte de 40 à 50 ans + de la tranche adulte de 30 à 40 ans + cotisation enfant. »

Pour bénéficier d'une participation sur le volet Santé, le contrat doit-il être au nom de l'agent obligatoirement ? Et si un agent dispose d'une mutuelle obligatoire avec son conjoint ?

Le contrat doit être au nom du bénéficiaire (agent de la collectivité). Si l'agent dispose d'une mutuelle obligatoire via son conjoint, il n'est pas dans l'obligation de souscrire à un nouveau contrat. Toutefois, il ne bénéficiera pas de la participation employeur (que ce soit par la labellisation ou par la convention de participation).

Process retenu pour les agents multi-employeurs (intercommunaux)

La participation ne doit pas dépasser le montant de la cotisation. C'est pourquoi il est nécessaire que les différents employeurs d'un même agent se coordonnent afin que le montant des participations cumulées n'excède pas celui de la cotisation acquittée par l'agent.

L'adhésion se fera strictement par papier. Le Bulletin Individuel d'Adhésion devra être accompagné de l'attestation d'appartenance, cette dernière devra être complétée avec les différents employeurs de l'agent (1 formulaire par employeur). Le mode de paiement des cotisations sera le prélèvement automatique. Dans ce cadre un mandat SEPA devra être joint au Bulletin Individuel d'Adhésion papier pour complétude et signature de la part de l'agent. Les Bulletins Individuels d'Adhésion seront à retourner à Intériale à l'adresse suivante :



L'adhérent sera rattaché dans le système Intériale au 1er employeur figurant sur l'attestation d'appartenance.

Une attestation d'adhésion sera alors délivrée à l'adhérent, elle comportera systématiquement :

- Le numéro adhérent, le nom et prénom du membre participant
- La liste des affiliés
- La garantie détenue
- Le montant de la cotisation
- La date effective de d'adhésion

Les agents intercommunaux seront donc prélevés par Intériale, de l'intégralité de la cotisation directement sur leur compte bancaire.

L'attestation d'adhésion, précisant le montant de la cotisation prélevée, permettra aux agents intercommunaux de justifier de leur adhésion et de solliciter le remboursement des participations de chaque employeur.

Est-ce que le tarif va augmenter pendant la durée du contrat ?

Le CDG 56 a négocié des tarifs avec une augmentation possible :

- Plafonnée à 2,5% la 2^{ème} et 3^{ème} année,
- De 5% à 12% à compter de la 4^{ème} année, selon l'équilibre financier du contrat

Augmentation possible hors évolution du PMSS et hors évolution règlementaire.

Si la Collectivité adhère au contrat groupe, peut-elle participer pour les agents souhaitant rester sur un contrat labellisé ?

Non, l'agent ne pourra bénéficier de la participation de la collectivité que s'il adhère à la convention de participation.

La participation est-elle brute ? imposable ?

La participation est soumise à l'impôt sur le revenu.

En effet, selon l'article 79 du code général des impôts « les traitements, indemnités, émoluments, salaires, pensions et rentes viagères concourent à la formation du revenu global servant de base à l'impôt sur le revenu ».

La participation financière des employeurs publics à la protection sociale complémentaire est assujettie à la CSG et à la CRDS.

En effet, selon l'article L 136-2 4° du code de la Sécurité Sociale « les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance » sont incluses dans l'assiette de la contribution.

La participation se fait sur la base de l'effectif ou du nombre d'agents qui adhèrent ?

Ni l'un, ni l'autre

L'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 a fixé à 50 % la participation minimale de l'employeur.

Ce pourcentage ne s'applique pas sur le montant de la cotisation de l'opérateur (donc sur sa taille ou son effectif adhérent) mais sur un montant de référence.

Le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 fixe à l'article 6 le montant de référence à 30 €.

Montant de référence = 30 €

Pourcentage de participation minimale = 50 %


=> une participation minimale = 15 €

Le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 fixe à l'article 9 la date du 01 Janvier 2026 comme mise en application de ce pourcentage de participation.

NB : L'article 8 du décret n°2022-581 du 20 avril 2022 prévoit qu'un débat soit organisé au sein du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale (CSFPT) relativement aux garanties minimales et au montant de référence au plus tard le 31 décembre 2023 pour la Prévoyance et au plus tard le 31 décembre 2024 pour la Santé.

Existe-il une participation obligatoire pour un CDD ? Ou le choix reste-t 'il au bon vouloir de l'employeur ?

Ni le décret du 8 novembre 2011, ni sa circulaire d'application du 25 mai 2012 ne prévoient de distinction ou de spécificité pour les agents en CDD.



Ainsi, à notre sens, dès lors que l'employeur choisit de mettre en place une participation à travers une convention de participation, elle doit s'appliquer également aux agents en CDD qui adhèrent au contrat collectif.

Comment savoir si le devis est sur une base libre ou maîtrisée ?

Dans le cadre de la réforme 100% santé, les professionnels de santé ont l'obligation de transmettre un devis sans reste à charge. Vous pouvez procéder à de l'analyse de devis. Le dentiste sera probablement le plus à même de vous conseiller. Le panier maîtrisé représente des actes ou les honoraires de facturation sont limités.

Prévoyez-vous un envoi mensuel pour l'état des cotisations ou les RH devront aller chercher la liste des adhérents et bénéficiaires eux-mêmes sur l'extranet ?

Un bordereau d'appel des cotisations est envoyé chaque mois à la collectivité. La collectivité aura aussi la possibilité sur l'extranet RH de faire des requêtes pour réaliser des extractions sur la liste des bénéficiaires.

5. L'ADHESION DE LA COLLECTIVITE

Si nous n'avons pas la possibilité de saisir le CT avant le 1^{er} juillet 2023 comment fait-on pour adhérer ?

La date de prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif est le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle.

INTERIALE a prévu un Bulletin d'Affiliation Employeur (BAE) à compléter, dater et signer par la collectivité mandante, pour pallier au retard lié au délibération tardive et au passage en CT. Une fois le passage en CT effectué, il conviendra d'envoyer à la mutuelle la convention signée.

Quels sont les délais et les conditions pour adhérer au contrat groupe ?

MODALITÉS D'ENTRÉE AUX CONTRATS POUR LES COLLECTIVITÉS :

- Les collectivités qui ont mandaté le CDG : Possibilité d'intégrer le dispositif à partir du 1^{er} juillet 2023, à tout moment.
- Collectivités et Ep de 10 agents et moins : Adhésion acceptée, quelle que soit leur situation (« mandatement ou non »), tout au long de la convention.
- Collectivité et Ep de plus de 10 agents : Les collectivités dont le nombre d'agents est supérieur à 10 peuvent intégrer le dispositif sous réserve d'une validation par Intériale.

L'adhésion s'effectue le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'affiliation par la Mutuelle et au plus tôt à la date de prise d'effet du présent contrat.

Comment se passe la remontée d'informations au service paie pour les précomptes ?

Le Souscripteur adresse à la Mutuelle les fichiers suivants dûment complétés :

- À la souscription du contrat : la liste des agents à assurer indiquant leur nom, prénom(s), date de naissance, numéro de Sécurité Sociale, leur(s) ayant(s) droit à inscrire, la formule de la Garantie frais de santé choisie ;
- À la fin de chaque échéance de paiement des cotisations :
 - La liste des agents à assurer indiquant leur nom, prénom(s), date de naissance, numéro de Sécurité Sociale, leur(s) ayant(s) droit à inscrire, la formule de la Garantie frais de santé choisie ;
 - La liste des membres participants ne faisant plus partie du personnel du Souscripteur, indiquant les dates de départ ;
 - La déclaration de cotisation qui permet de récapituler le montant dû compte tenu de l'échéance trimestrielle, des adjonctions et radiations ;

- Au plus tard le 31 octobre de chaque année : la liste récapitulative des membres participants et de leurs ayants droit, ainsi que la formule de la Garantie frais de santé choisie.

L'avis du Comité Technique concerne quelles collectivités ?

Pour rappel, toutes les collectivités, quelle que soit leur dimension, doivent prendre l'avis du Comité Technique avant leur délibération relative à la mise en place d'une participation au financement de la PSC des agents.

De plus, les collectivités, qui avaient mis en place une participation au préalable et qui souhaiteraient en modifier le montant (à la hausse ou à la baisse), devront réunir à nouveau le Comité Technique avant de prendre une nouvelle délibération.

Une collectivité mandante peut-elle se rétracter ou se résilier une fois qu'elle a adhéré ? Si oui, quelles sont les modalités et les préavis à respecter ?

Les collectivités peuvent résilier le contrat collectif :

- Dans le cadre de la résiliation annuelle, avec préavis de 2 mois (soit avant le 30 avril), par lettre ou tout support durable ; ce cas de résiliation est applicable lorsque la collectivité souhaite résilier le contrat au bout de la 1ère année ;
- Dans le cadre de la résiliation infra-annuelle : après la 1ère année, la collectivité peut résilier le contrat à tout moment, par lettre ou tout support durable. La résiliation prend effet un mois après réception de la notification par la Mutuelle.

Que se passe-t-il si le contrat avec INTERIALE n'est pas renouvelé en juillet 2028 ?

Un nouvel appel d'offres sera lancé, le contrat INTERIALE pourra être renouvelé ou un autre organisme sera retenu. Le CDG proposera dans tous les cas un contrat de convention de participation.

Quels sont les délais d'adhésion de la collectivité ?

Il faut remplir et retourner le BAE au CDG. Intériale communique ensuite le lien une fois par semaine.

6. L'ADHESION DE L'AGENT

Lesquels de mes agents sont inclus dans ce dispositif ?

Sont compris les agents actifs, les contractuels (droit public ou privé) et les retraités dont la collectivité adhérente a été le dernier employeur. En ce qui concerne les agents retraités, ils peuvent adhérer au contrat mais ne bénéficieront pas de la participation employeur. Cette adhésion ne peut être proposée aux élus, sauf s'ils font partie de l'effectif.

Quelles seraient les obligations d'adhésion d'un couple de fonctionnaires au sein d'une même collectivité ? Adhésion individuelle respective ou adhésion unique pour le couple ?

Dans le cas d'un couple employé dans une même collectivité, chacun devra souscrire à son propre contrat pour percevoir la participation employeur et, le cas échéant, couvrira ses ayants-droits (enfants) sur l'un ou l'autre des contrats.

Si la collectivité signe une convention de participation, l'agent a-t'il l'obligation de signer le contrat ?

Non, l'agent n'a aucune obligation. Toutefois, la participation de l'employeur ne peut s'appliquer que si l'agent adhère à l'offre retenue par la collectivité.

Quels sont les délais pour résilier ma mutuelle actuelle ?

Le délai minimum pour résilier votre mutuelle actuelle est de 1 mois+1 jour.

Vous pouvez cependant envoyer le courrier au plus tôt en indiquant une date de résiliation au 30 juin 2023, afin de pouvoir adhérer à la convention de participation dès le 1^{er} juillet 2023.

Les conditions générales indiquent que la prise d'effet de la garantie Santé est effective « le lendemain de la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie du membre participant ; au plus tôt à la date de prise d'effet du présent contrat, sous réserve que la demande d'affiliation, accompagnée du certificat de radiation, intervienne dans le délai de 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie. »

Ma mutuelle actuelle refuse de résilier mon contrat avant la date anniversaire, comment faire ?

Il n'y a pas de date anniversaire pour le contrat santé, simplement le contrat doit avoir un an d'ancienneté pour pouvoir être résilié, dans le cas contraire, il faut attendre la date d'échéance.

Quid de la tarification pour l'évolution des tranches d'âges en cours d'année ?

Changement de tranche d'âge le 1^{er} du mois qui suit le mois de son anniversaire.

Exemple : il a 41 ans le 15 mars alors il paye selon sa nouvelle tranche d'âge à partir du 01/04.

Cas d'agents déjà assurés par Intériale

- **Est-ce que les agents doivent résilier et adhérer ou demander un changement de contrat dans le cadre de leur adhésion actuelle ? Y a-t-il un préavis à respecter ? »**
- **Peut-on accorder des dérogations (adhésion des collectivités employant jusqu'à 10 agents / agents déjà assurés individuellement auprès d'Intériale en labellisation) ?**

Il convient de respecter les conditions contractuelles.

Ainsi, l'agent déjà couvert par un contrat Intériale, quel qu'il soit, devra résilier son adhésion conformément au règlement mutualiste labellisé, puis adhérer à la nouvelle convention de participation.

La Mutuelle se montrera compréhensive concernant le respect des délais et des modalités de préavis dès lors que l'agent reste couvert par un contrat Intériale.

C'est nous qui adhérons ou la collectivité pour nous ?

La collectivité adhère pour rentrer dans la convention et c'est l'agent qui adhère à titre individuel via l'outil d'adhésion mis à disposition.

Pour les agents étant en CLD, qui prend fin septembre 2023, au-delà de cette date et pourront-ils bénéficier de la remise mairie et du même tarif ?

Aucun impact sur la tarification si l'agent est en CLD, ce n'est pas un contrat prévoyance.

Les agents en reprise de poste à l'issue de la LD pourront-ils en bénéficier ?

Oui

Ceux en retraite suite à la LD ne pourront pas bénéficier de la participation employeur ?

Non les agents en retraite ne bénéficient pas de la participation employeur

Si la résiliation du contrat individuel est faite chez Intériale, lorsqu'elle est réalisée en ligne, est-elle bien calculée pour qu'il n'y ait pas de rupture entre la date de résiliation et la prise d'effet de Intériale ?

Intériale stocke les demandes de résiliation qui viennent du tunnel et les envoie en fin de mois de façon à ce qu'il n'y ait pas de trou de garantie.

Rappel méthodologique : La RIA nous oblige un délai de 1 mois + 1 jour.

Voici le calendrier pour la prise d'effet de la résiliation et prise d'effet des garanties :

Si RIA demandée avant cette date	RIA envoyée	Prise d'effet du nouveau contrat
Lundi 29 mai 23	Mardi 30 mai 23	Samedi 1 ^{er} juillet 23
Mercredi 28 juin 23	Vendredi 30 juin 23	Mardi 1 ^{er} aout 23
Jeudi 27 juillet 23	Lundi 31 juillet 23	Vendredi 1 ^{er} sept 23
Lundi 28 aout 23	Mercredi 30 aout 23	Dimanche 1 ^{er} oct 23

Intériale enverra une fois par mois les résiliations RIA déposées dans le tunnel d'adhésion (entre le 25 et 30 de chaque mois) pour faire coïncider les délais de résiliation à la prise d'effet au 1^{er} jour du 2^o mois suivant la demande.

Pour ne pas être pénalisé par le délai incompressible de la RIA de 1 mois et 1 jour sur l'outil d'adhésion, nous préconisons aux agents de réaliser les démarches de résiliation par eux-mêmes à l'aide du formulaire papier disponible auprès des CDG.

L'envoi se fait sur simple courrier ou par mail à l'organisme cédant.

Est-ce qu'un seul agent de la collectivité peut adhérer, même si la collectivité compte 5 agents ?

Oui, pour rappel il s'agit d'un contrat facultatif et à partir du moment où la collectivité adhère au contrat groupe.

Comment faire pour être couvert dès le 1er juillet ?

Pour adhérer dès le 1er juillet nous vous invitons à procéder 2 de façons :

- Soit résilier dès maintenant votre Mutuelle individuelle par vous-même, avant le 29/05 (comme précisé dans le tableau ci-dessus) si votre contrat a plus d'un an d'ancienneté.
- Soit de procéder à la résiliation sur l'outil d'adhésion Interiale et le faire également avant le 29/05 pour l'obtention de votre carte Tiers Payant.

Si l'agent quitte la collectivité, peut-il conserver la mutuelle à titre individuel ?

Des dispositifs de maintien de garanties sont possibles pour les cas suivants :

- Indemnisation par le régime d'assurance chômage : Gratuitement pendant une période, égale à son dernier contrat de travail (ou ses derniers contrats s'ils sont consécutifs) et dans un maximum de 12 mois.
- Changement d'employeur : dans les mêmes conditions
 - avec participation en cas de départ vers un employeur public prévu à l'article L 5111-7 du code général des collectivités locales,
 - sans participation en cas de départ vers un autre employeur.

- Suspension de l'activité ou du contrat de travail : dans les mêmes conditions
 - avec participation en cas de suspension rémunérées ou indemnisées,
 - sans participation en cas suspension non rémunérées ou non indemnisées.

Pour le conjoint retraité y a-t-il une limite d'âge ?

Non pas de limite d'âge pour le conjoint retraité.

Les retraités de plus de 2 ans ont-ils le droit au contrat groupe ?

Oui si le dernier employeur est la collectivité.

Un agent qui voudrait sortir la convention et dont la nouvelle mutuelle prendrait en charge le RIA, le délai serait bien de 1 mois là aussi pour sortir du contrat ? (Si ancienneté > 1 an)

Oui l'application de la RIA est généralisée à tous les contrats santé.

Pour l'aide-ménagère IMA y-at-il un nombre d'heures limité par an ?

- En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée de plus de 2 jours du membre participant ou de son conjoint, IMA ASSURANCES met une aide-ménagère à leur disposition :
 - s'il y a lieu, dès le premier jour afin de venir en aide aux proches demeurant au domicile,
 - ou à son retour au domicile.
- En cas d'immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours du membre participant ou de son conjoint, IMA ASSURANCES met une aide-ménagère à sa disposition à compter du premier jour.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 30 jours.

Cette garantie peut s'appliquer immédiatement en cas de décès du membre participant ou de son conjoint.

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire du membre participant ou de son conjoint entraînant une immobilisation d'au moins 2 jours,

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 10 jours.

Les retraités de plus de 2 ans ont-ils le droit au contrat groupe ?

Oui si le dernier employeur est la collectivité. Nous n'avons pas de seuil ni plafond pour les accepter, les retraités peuvent adhérer à tout moment dès lors qu'ils justifient que le dernier employeur est bien la collectivité adhérente au dispositif. L'adhésion est effective jusqu'au terme de la convention collective (6 ans) ou du décès du membre participant.

Un enfant faisant des études à l'étranger, peut-il tout de même adhérer au contrat de INTERIALE ?

Si l'enfant est rattaché fiscalement au foyer des parents, et si souscription à la Caisse des Français de l'Etranger (CFE), la télétransmission ne sera pas possible, il faudra simplement qu'il envoie à la mutuelle ses décomptes de la CFE pour avoir le remboursement de la part de la mutuelle.

Peut-on changer de formule à tout moment ? (Modification des garanties)

<p style="text-align: center;">A la hausse</p>	<p>Le membre participant peut après expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion au contrat, choisir de modifier à la hausse le niveau de la garantie frais de santé dont il bénéficie, sous réserve d'en faire la demande au moins deux (2) mois avant la date d'effet souhaitée.</p> <p>La modification du niveau de garantie à la hausse prend alors effet le premier jour du deuxième mois suivant la réception de la demande.</p>
<p style="text-align: center;">A la baisse</p>	<p>Le membre participant peut également choisir de modifier à la baisse le niveau de garantie frais de santé dont il bénéficie, sous réserve d'en faire la demande au moins deux (2) mois avant la date d'échéance de l'adhésion au contrat collectif, soit avant le 30 avril.</p> <p>La modification du niveau de garantie à la baisse prend alors effet à la date d'échéance de l'adhésion au contrat collectif, soit le 1er juillet.</p> <p>Afin de maintenir une couverture adaptée aux besoins réels de chaque membre participant et d'assurer un bon équilibre du contrat, le membre participant qui a choisi de modifier à la baisse le niveau de garantie frais de santé dont il bénéficie ne pourra demander une modification de niveau de garantie à la hausse qu'au terme d'un délai de deux (2) ans.</p>

7. LA GESTION DES SERVICES ASSOCIES

Est-ce que la mutuelle est labellisée et reconnue dans tous les établissements de santé disposant du tiers-payant ?

Intériale dispose d'un partenariat avec Almerys, concentrateur de flux et opérateur de Tiers Payant, ce qui permet à ses adhérents de bénéficier du Tiers Payant généralisé sur l'ensemble du territoire national et des départements d'Outre-Mer (DROM). En contact régulier avec les professionnels de santé comme les opticiens, les dentistes et avec l'ensemble des établissements de soins et centres de santé, Almerys permet une qualité de service optimale. Grâce à ces conventionnements, la solution Almerys permet également aux adhérents et à leurs ayants-droits de bénéficier d'une amélioration constante du service offert en :

- accédant le plus facilement possible à un professionnel de santé pratiquant le Tiers Payant (couverture, pénétration et densité du réseau),
- bénéficiant d'un service qui reprenne le plus largement possible l'étendue des garanties,
- disposant d'outils d'orientation auprès d'un professionnel de santé (Géolocalisation en solution mobile),
- bénéficiant d'une meilleure compréhension du service, être informé des prestations réalisées.

Chaque inscription d'un adhérent en Santé génère l'émission d'une carte de Tiers Payant Almerys.

L'agent peut alors bénéficier du :

- Tiers Payant généralisé pour les médecins généralistes et spécialistes, pharmacies, laboratoires d'analyses médicales, cabinets de radiologie, auxiliaires médicaux, établissements hospitaliers et centres de santé,
- Tiers Payant sur prise en charge pour l'optique, dentaire, audiologie et hospitalisation.

A quoi sert le Tiers-payant ?

Votre mutuelle vous remet une carte Tiers-Payant qui dans la grande majorité des cas vous dispenseront de l'avance de frais à l'hôpital, à la pharmacie, pour vos analyses de laboratoire, pour la radiologie, les opticiens, les dentistes agréés. C'est donc la mutuelle qui règle les frais médicaux à votre place.

Comment s'effectuent les remboursements ?

La plupart des mutuelles et des complémentaires Santé vous remboursent en 48 heures par virement bancaire grâce au système de télétransmission NOEMIE utilisé par la Mutuelle et la Sécurité sociale.

Qu'est-ce que la télétransmission NOEMIE ?

NOEMIE est un système de télétransmission qui permet un échange d'informations entre les acteurs de santé, à savoir l'Assurance Maladie et les organismes de mutuelle. « NOEMIE » signifie « Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs ». La liaison NOEMIE est aujourd'hui généralisée.

Est-ce qu'une assistance sera mise à disposition ?

Effectivement, un numéro de ligne directe sera communiqué aux agents, leur permettant ainsi de bénéficier d'informations complémentaires et, le cas échéant, d'une aide pour finaliser leur processus d'adhésion.

Les agents se voyant dans l'incapacité d'effectuer les démarches en ligne pourront également demander un bulletin d'adhésion papier via ce numéro de téléphone spécialement dédié.

Dès réception, il conviendra de compléter ledit bulletin et d'y faire apposer le cachet de la collectivité avant de le retourner à la Mutuelle.

Votre n° de téléphone est-il gratuit ou payant ?

Le numéro est gratuit.

Comment se nomme l'application sur mobile ?

L'application se nomme INTERIALE.

Comment peut-on connaître les prestataires Santéclair ?

Vous avez un système de géolocalisation depuis l'application Intériale ou votre espace adhérent.

Envoyez-vous la carte de tiers payant 1 fois par an ou devons-nous la télécharger ?

Les 2 moyens sont possibles, vous pouvez recevoir soit par courrier à votre demande soit la télécharger directement depuis votre espace adhérent.

Si nous n'avons pas de professionnel SANTECLAIR dans notre secteur, sur quelle base sommes-nous remboursés ?

Il n'y a pas d'obligation d'aller dans le réseau SANTECLAIR. Le remboursement se fait à hauteur des garanties souscrites.

Les praticiens doivent-ils être enregistrés dans un organisme particulier ?

Tous les praticiens du réseau SANTECLAIR sont enregistrés par le réseau de soins, et tous les praticiens peuvent solliciter SANTECLAIR pour en faire partie.

Quels sont les procédés de sécurité en ce qui concerne l'envoi de la carte d'identité ?

Les informations recueillies par la mutuelle font l'objet d'un traitement informatique et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat. La mutuelle sera également susceptible de les utiliser (I) dans le cadre de contentieux, (II) pour la lutte contre la fraude, (III) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (IV) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (V)

pour l'analyse de tout ou partie des données concernant le membre participant ou ses ayants droit collectées afin d'améliorer ses produits (recherche et développement), évaluer la situation du membre participant ou de ses ayants droit ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser le parcours en tant qu'adhérent ou (VI) pour proposer au membre participant ou à ses ayants

droit de nouveaux produits ou nouvelles garanties. Les bases légales des traitements mentionnés sont l'exécution du contrat, l'intérêt légitime (I, II, V et VI) et le respect des obligations légales (III, IV). Les données relatives à la santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Qu'est-ce qu'un réseau de soins ?

Le réseau de soins met en relation les assurés avec les professionnels de santé et joue un rôle important dans le rapport qualité/prix des prestations, notamment pour certains équipements médicaux.

Encadrés par la loi du 27 janvier 2014, les réseaux de soins interviennent essentiellement dans les domaines peu couverts par la Sécurité sociale à savoir : optique, audioprothèses et dentaire, (trois secteurs qui rentrent actuellement dans l'offre 100 % Santé). On retrouve aussi des plateformes intervenant dans les réseaux de médecine complémentaire (ostéopathes, diététiciens, ou encore pédicures-podologues).

Avec SANTECLAIR, vous bénéficiez des services d'un vrai Repère Santé pour :

- Vous accompagnez dans toutes les étapes de votre Parcours Santé.
- Vous orienter vers les professionnels de santé et établissements de santé les mieux adaptés à votre besoin.
- Vous aidez à dépenser moins en identifiant les économies potentielles réalisables.

Intérieure vous propose de géolocaliser les membres de son réseau via votre espace adhérent :

★ Géolocalisation

La géolocalisation des professionnels de santé, mise à disposition des agents, est accessible via l'espace adhérent.

Ce service a pour but de géolocaliser des professionnels de santé conventionnés autour d'une adresse de recherche donnée et/ou par le biais de critères différenciés (rayon de recherche, nombre de résultats maximum, liste de spécialités).

ARCHITECTURE DE L'ESPACE ADHÉRENT AVEC SÉLECTION DE GÉOLOCALISATION

The screenshot displays the user interface of the INTERIELE space. At the top, there is a navigation bar with the INTERIELE logo and various utility icons. Below this, a secondary navigation bar contains several menu items: 'Accueil', 'Mes paiements', 'Mes contrats', 'Mes démarches', 'Mes avantages', 'Trouver un praticien', and 'FAQ'. The 'Trouver un praticien' item is highlighted with a yellow box, and a yellow arrow points from it to the corresponding section at the bottom of the page. The main content area is divided into several sections: a notification for a 'Bonjour CHARLINE DIFI' card, 'Demiers versements' with four payment cards, 'Envois et demandes' with a table of requests, 'Mes informations personnelles' with contact details, and 'Ma carte de tiers payant' with a card image. The bottom of the page features a large yellow button labeled 'Trouver un praticien'.

Relyens, Groupe mutualiste européen en Assurance et Management des risques, agit au quotidien auprès des acteurs de la Santé et des Territoires pour sécuriser leur activité et garantir la continuité et la qualité de leur mission d'intérêt général, au bénéfice des patients et des citoyens.

Depuis presque 100 ans, nous créons et tissons le lien qui nous unit avec nos parties prenantes pour avancer, ensemble, dans un monde où la confiance se nourrit, se partage, se transmet et se mutualise.

**Maîtriser les risques,
mutualiser la confiance.®**

www.relyens.eu



GRUPE MUTUALISTE EUROPÉEN
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES