



Votre couverture frais de santé : vos garanties

Ensemble du Personnel - Contrat souscrit auprès du GAN



Ce document n'est qu'un résumé du contrat d'assurance collective souscrit par votre société et ne peut en aucun cas se substituer à la notice de garantie fournie par l'assureur GAN.

Les dispositions de ce contrat font seules la loi entre les parties. Pour tout complément d'information sur ces garanties, merci de vous référer à la notice de l'assureur.

Les bénéficiaires de la garantie sont :

- Les affiliés membres du personnel de HPF/HPCCF
- Le conjoint ou concubin ou partenaire lié par un Pacs
- Les enfants à charge de l'affilié, de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin
- Les ascendants de l'affilié, de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin, à charge sociale ou fiscale de l'affilié

L'enfant à charge est :

- âgé de moins de 21 ans et bénéficiant du régime social de base de l'affilié, de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin

- âgé de moins de 28 ans :

- poursuivant ses études et inscrit au régime de la SS des étudiants ou au régime général au titre de la CMU
- étudiant de l'enseignement secondaire ou supérieur, affilié à un régime de SS autre que la SS des étudiants ou le régime général au titre de la CMU, sous réserve qu'il n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée pendant plus de trois mois à temps plein par an,
- en formation en alternance, rémunéré par son école ou effectuant un stage rémunéré en entreprise dans le cadre de sa scolarité, sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le code du travail, ou sous contrat de qualification ou d'orientation, sous réserve que sa rémunération n'excède pas 100% du SMIC
- à la recherche d'un premier emploi, justifiant d'une inscription à Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi, sous réserve qu'il soit inscrit au régime général de la SS et qu'il ne bénéficie pas d'une indemnisation au titre de l'assurance chômage.

L'enfant âgé de moins de 28 ans est considéré à charge tant qu'il remplit une des conditions énumérées ci-dessus, même s'il exerce temporairement (emploi saisonnier..) ou accessoirement (petit travail d'appoint..) une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de cette activité.

- quel que soit son âge et qu'handicapé il perçoit l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés

Tout autre descendant de l'affilié, de son conjoint, partenaire ou concubin, à la charge fiscale ou sociale de l'affilié, est également pris en considération et ce tant que lui-même et son père ou sa mère répondent aux conditions prévues ci-dessus et sont à charge fiscale ou sociale de l'affilié.

Conformément aux dispositions des articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale, le présent contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires, la minoration du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements autorisés d'honoraires pour non respect du parcours de soins et de refus d'accès au dossier médical.

Les actes non remboursés par la Sécurité sociale ne sont pris en charge au titre du présent contrat que s'ils figurent à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) sauf dispositions spécifiques prévues contractuellement.

Les prestations sont calculées acte par acte et sont, en tout état de cause, limitées à la différence entre les frais exposés et les prestations correspondantes de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme.

A savoir : vous disposez d'un délai de 2 ans maximum à compter de la date de soins pour demander le remboursement de vos frais. Au-delà de cette période, les organismes « Santé » (Sécurité sociale et Complémentaires) appliquent le délai de forclusion et ne seront plus en mesure d'accéder aux informations nécessaires permettant la régularisation des dossiers.

REGIME FRAIS DE SANTÉ HEWLETT PACKARD EN COMPLEMENT DES PRESTATIONS S.S.

Poste	Prestations	
	Secteur conventionné	Secteur non conventionné
HOSPITALISATION		
• Frais de séjour :		
Médicaux - chirurgicaux et Maternité	100% des FR- Rbt SS max 400% BR	90% des FR- Rbt SS max 400% BR reconstituée
• Honoraires :		
Médicaux - chirurgicaux et Maternité	100% des FR- Rbt SS max 400% BR	90% des FR- Rbt SS max 400% BR reconstituée
• Ticket modérateur forfaitaire (18 €)	100% du Ticket Modérateur 100% du ticket modérateur	
• Forfait hospitalier :	100% des FR	100% des FR
• Frais annexes :		
Chambre particulière et Maternité	100% des FR limités à 4% du PMSS par jour	90% des FR limités à 4% du PMSS par jour
Lit d'accompagnement pour toutes personnes à charge (y compris les frais d'hébergement en maison d'accueil des parents en cas d'hospitalisation d'un enfant)	100% des FR limités à 2% du PMSS par jour	
TRANSPORT		
Y compris taxis prescrits et acceptés par la SS	100% des FR- Rbt SS limités à 400% BR	
ACTES MEDICAUX COURANTS		
• Consultations, visites :		
Généraliste (C)	100% des FR- Rbt SS max 300% BR	90% des FR- Rbt SS max 300% BR reconstituée
Spécialiste (CS)- Diététicien pris en charge par la SS- Petite chirurgie- Actes techniques- Actes de radiologie- Imagerie médicale- Auxiliaires médicaux	100% des FR- Rbt SS max 400% BR	90% des FR- Rbt SS max 400% BR reconstituée
• Actes de laboratoire :		
Analyses remboursées par la S.S.	100% des FR- Rbt SS max 400% BR	90% des FR- Rbt SS max 400% BR reconstituée
• Médecines douces non remboursées par la S.S (Praticien diplômé et agréé)- Ostéopathe- Acupuncteur- Chiropracteur- Micro-kinésithérapie- Kinésithérapie sous méthode Mézières- Etiopathie	100% des FR limités à 250 € par personne et par an	
• Consultations non remboursées par la S.S. :		
Diététicien	30 € par consultation dans la limite de 4 par an et par personne (sur présentation d'une prescription médicale)	
Psychologie infantile- Psychomotricité infantile	100% des FR max 22% du PMSS par enfant à charge au titre du contrat et par an	
PHARMACIE		
Remboursée par la S.S.	100% du Ticket Modérateur	
ACTES DE PREVENTION		
Vaccins contre la grippe	100% des FR	
Sevrage tabagique sur prescription médicale	100% des FR limités à 5% du PMSS par personne et par an	
Ostéodensitométrie non remboursée par la S.S.	100% des FR limités à 2,50% du PMSS par personne et par an	
APPAREILLAGE / PROTHESES NON DENTAIRES		
Appareillage accepté par la S.S	100% des FR- Rbt SS max 500% BR	
Audio-prothèse acceptée par la S.S	100% des FR- Rbt SS limités à 50% du PMSS par oreille	
Audio-prothèse refusée par la S.S	100% des FR limités à 50% du PMSS par oreille	
Orthopédie	100% des FR- Rbt SS max 500% BR	
OPTIQUE		
• Frais d'optique :		
Monture	Frais réels - SS dans la limite de 6% du PMSS par monture	
Verres	voir grille	
	Limitation à une monture tous les deux ans (sauf pour les enfants à charge de moins de 18 ans) et à deux verres par an et par personne (sauf pour les enfants à charge de moins de 18 ans)	
Lentilles remboursées ou non par la S.S (y compris jetables)	12% du PMSS par an et par personne y compris adaptation de lentilles	
Chirurgie réfractive toute pathologie	100% des FR limités à 30% du PMSS par œil	
DENTAIRE		
• Soins dentaires :		
Remboursés par la S.S	100% des FR- Rbt SS max 150% BR	
• Prothèses dentaires remboursées par la S.S. (y compris couronne sur implant remboursée RO)	100% des FR- Rbt SS max 450% BR	
• Prothèses dentaires nomenclaturées et non remboursées par la SS (plier de bridge sur dent saine)	100% des FR- Rbt SS max 450% BR	
• Inlay core pris en charge par la S.S.	100% des FR- Rbt SS max 250% BR	
• Orthodontie :		
Remboursée par la S.S.	100% des FR- Rbt SS max 400% BR	
Non remboursée par la S.S.	100% des FR max 400% BR reconstituée	
• Inlay- Onlay :		
Remboursé par la S.S.	100% des FR- Rbt SS max 670% BR	
• Implant :		
Racine + faux moignon/inlay core + couronne non remboursée S.S	100% des FR limités à 500% BR (BR calculée sur la base d'un SPR 100) limité à 6 implants par personne sur 2 ans	
• Parodontologie :		
Remboursée par la S.S.	100% des FR- Rbt SS max 400% BR	
Hors nomenclature (sur présentation du devis préalable)	500 €/an/quadrant soit au maximum 2000 €/an/bénéficiaire	
MATERNITE		
Naissance simple	Forfait de 15% du PMSS par enfant	
Adoption	Forfait de 60% du PMSS par enfant	
Procréation médicale assistée (prise en charge par la SS)	Prise en charge au titre des postes correspondant à la codification des actes	
CURES THERMALES		
Acceptée par la S.S. y compris transport et hébergement	100% des FR - Rbt SS dans la limite de 30% du PMSS	
Prescrite et refusée par la S.S. y compris transport et hébergement	100% des FR dans la limite de 10% du PMSS par an et par personne	
ASSISTANCE MEDICALE		
	oui	

Unifocaux/ multifocaux	Avec/cylindre	Sphère	Prestation en % du Plafond mensuel de la SS
Unifocaux	Sphérique	de 0 à 4	4%
		de 4,25 à 6	7,5%
		de 6,25 à 8	10%
		de 8,25 à 10	15,5%
	Cylindre < à 4	<à -10 ou > à +10	15,5%
		de 0 à 4	4%
		de 4,25 à 6	7,5%
		de 6,25 à 8	10%
Cylindre > à 4	de 8,25 à 10	15,5%	
	de 0 à 4	4%	
	de 4,25 à 6	7,5%	
	de 6,25 à 8	10%	
Multifocaux	Sphérique	de 8,25 à 10	15,5%
		de -4 à +4	12%
		de 4,25 à 8	12%
	Tout cylindre	> 8,25	15,5%
		de 0 à 4	12%
		de 4,25 à 8	13,5%
		<à -8 ou > à +8	16,5%

Ce tableau est communiqué à titre d'information et ne saurait être assimilé à une notice d'information.

Les garanties exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) Sécurité Sociale s'ajoutent aux prestations versées par la Sécurité sociale.

Les garanties exprimées en frais réels s'entendent sous déduction des prestations versées par la Sécurité Sociale.

Retrouvez ces informations sur notre site Mercernet :
<https://www.mercernet.fr>