



**Mieux comprendre mon contrat, mes garanties
et faire le meilleur choix**

MON GUIDE SANTÉ

NON CADRE

Bienvenue chez Génération !

Génération est l'organisme gestionnaire de votre contrat collectif mis en place par votre entreprise.

C'est à dire ?

Génération est votre interlocuteur privilégié et met à votre disposition un ensemble de services pour simplifier la gestion de votre complémentaire santé au quotidien comme dans les moments exceptionnels !

Avec Génération, vous :

- Bénéficiez de nombreux services pour éviter l'avance de frais et accélérer vos remboursements.
- Consultez vos droits et réalisez l'ensemble de vos démarches en ligne.
- Disposez de services et d'outils pratiques de prévention et d'information santé.

Mon contrat

Qui peut bénéficier de mon contrat santé ?

Extrait des Conditions Particulières de votre contrat

« • **Vous-même**, assuré social, salarié de l'entreprise.

• **Votre conjoint est :**

- votre époux ou votre épouse, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e),
- votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil,
- la personne vivant en couple avec vous au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve que vous et votre concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS).

• **Vos enfants à charge :**

sont vos enfants ou ceux de votre conjoint qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- être âgés de moins de 21 ans,
- bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale du fait de votre affiliation ou de celle de votre conjoint ou d'une affiliation personnelle,

La limite d'âge de 21 ans est portée à 28 ans pour les enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- s'ils poursuivent leurs études,
- s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage,
- s'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi ou s'ils effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

La limite d'âge est supprimée pour les enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant la limite d'âge prévue ci-dessus (21 ou 28 ans sous conditions).»

Mon contrat

Comment modifier mes garanties (résiliation, souscription d'une option complémentaire...) ?

Extrait des Conditions Particulières de votre contrat

« • **Règles d'adhésion au régime surcomplémentaire facultatif :**

- à la date de changement de situation familiale (mariage, Pacs, concubinage ou naissance...), (sous réserve d'en faire la demande dans les 3 mois suivant l'évènement),
- au 1er janvier de chaque année (sous réserve d'en faire la demande avant le 31 décembre pour une prise d'effet le 1er janvier suivant).

• **Règles de résiliation de votre adhésion au régime surcomplémentaire facultatif :**

- au plus tard le 31 octobre de la première année d'affiliation (effet au 31 décembre minuit),
- à tout moment, à compter d'un an d'affiliation au contrat (effet un mois de date à date à compter de la réception),

Une nouvelle affiliation au contrat surcomplémentaire facultatif est possible à l'issue d'un délai de deux années civiles suivant la résiliation. »

5 conseils pour maîtriser mes dépenses de santé

Dans un univers de la santé où se soigner coûte de plus en plus cher, adopter certaines bonnes pratiques peut permettre de limiter vos dépenses sans négliger votre capital santé !

1/ Suivez le parcours de soins.

Pour une meilleure prise en charge de vos dépenses de santé, choisissez votre médecin traitant et consultez-le en priorité.

2/ Consultez des médecins signataires de l'OPTAM / DPTAM (Option/Dispositif Pratique Tarifaire Maîtrisée)

Pour bénéficier de dépassements d'honoraires encadrés et d'un meilleur remboursement (si votre contrat est « Responsable »), vérifiez si votre médecin est signataire de l'OPTAM sur l'annuaire santé du site Ameli.fr.

3/ Pensez à votre réseau de soins (si c'est inclus dans votre contrat)

Privilégiez les professionnels de santé partenaires pour bénéficier de nombreux avantages et de tarifs encadrés.

4/ Demandez plusieurs devis

Surtout pour l'optique et le dentaire. N'hésitez pas à faire jouer la concurrence et à négocier les prix. Ne donnez pas le montant de vos garanties : cela peut influencer la facturation de votre praticien.



5/ Votre conjoint bénéficie de sa propre mutuelle ?

Celle-ci doit intervenir en premier lieu dans le remboursement de ses soins.

Vos dépenses santé et celles de vos collègues impactent le contrat collectif santé mis en place par votre employeur.

Le maintien ou la baisse de vos cotisations dépend par conséquent du bon usage de ces pratiques.

Besoin d'informations complémentaires, nous nous engageons à vous accompagner et à vous aider à répondre aux questions que vous pourriez vous poser : services en ligne, santé et bien-être, démarches santé, tiers payant... **Consultez régulièrement notre blog sur www.generation.fr pour bénéficier de toutes nos informations et / ou de nos conseils.**

Mes services Génération

Découvrez les nombreux services disponibles à tout moment pour gérer votre complémentaire santé en toute autonomie. Votre espace adhérent vous permet de réaliser la plupart de vos démarches

Bénéficiez de nombreux services pour éviter l'avance de frais et accélérer vos remboursements :

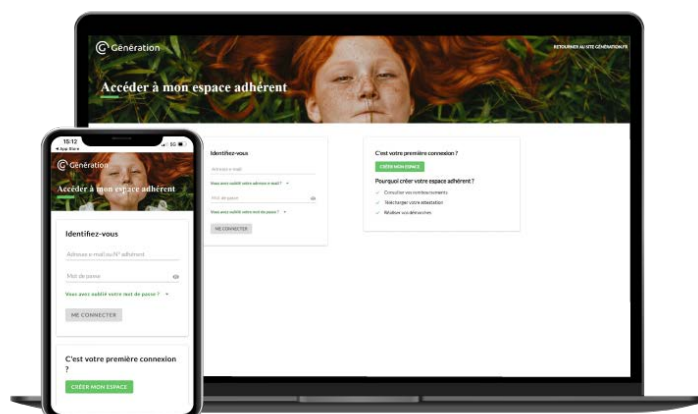
- Géolocalisez les professionnels de santé pratiquant le tiers payant,
- Estimez vos remboursements suite à un devis,
- Demandez une prise en charge hospitalière,
- Envoyez vos justificatifs (ordonnance, facture, décompte...),
- Suivez vos demandes à tout moment et accédez à l'historique de vos échanges.

Consultez vos droits et réalisez l'ensemble de vos démarches en ligne :

- Consultez vos garanties,
- Modifiez vos coordonnées personnelles (adresse, e-mail, informations bancaires, téléphone...),
- Ajoutez ou retirez un bénéficiaire (en fonction des modalités prévues dans votre contrat),
- Modifiez votre télétransmission,
- Prolongez les droits de vos enfants ou vos droits en portabilité (ANI),
- Téléchargez, imprimez ou envoyez par e-mail votre attestation de tiers payant.

& Disposez de services et d'outils pratiques de prévention et d'information santé.

Rendez-vous sur
<https://assure.generation.fr>
ou sur l'appli mobile Génération.



Comment bénéficier du tiers payant ?

Le tiers payant évite l'avance des frais dans la limite de vos garanties.

- Si le professionnel de santé **pratique le tiers payant, vous n'avez rien à régler**, comme c'est souvent le cas dans les pharmacies par exemple.
- Si le professionnel de santé **ne pratique pas le tiers payant, il vous sera demandé d'avancer les frais**, c'est à dire de régler une part ou la totalité de la consultation comme souvent chez un médecin généraliste ou spécialiste.



Retrouvez et géolocalisez les professionnels de santé pratiquant le tiers payant près de chez vous sur votre espace ou votre appli mobile.

...Et en cas d'hospitalisation ?

Pour vous éviter l'avance de frais, vous devez faire une demande de prise en charge hospitalière depuis votre espace assuré, **rubrique Démarches / Demander une prise en charge hospitalière** ou en **contactant Génération Accueil au 02-98-51-38-00** avec votre numéro d'adhérent. Nous vous délivrerons un **accord de prise en charge sous 24h**.

Votre attestation de tiers payant disponible à tout moment !

Téléchargez, imprimez ou envoyez votre attestation de tiers payant.

Privilégiez la version numérique de votre attestation de tiers payant. Elle vous dispense d'avance de frais sans contact et en toute sécurité.

Elle vous permet également de transmettre par e-mail votre attestation de tiers payant aux professionnels de santé.

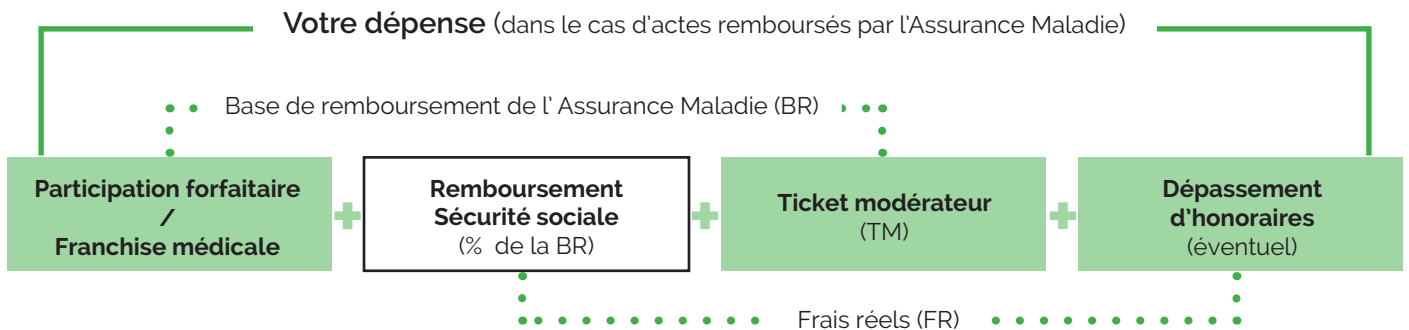


Pour télécharger votre attestation de tiers payant, rendez-vous sur votre espace ou votre appli mobile, rubrique **Contrat / Mes attestations**.

Le remboursement de mes dépenses de santé, comment ça marche ?

La Sécurité sociale vous rembourse un pourcentage de la Base de remboursement.

Génération intervient, après la Sécurité sociale, en remboursement du ticket modérateur et de l'éventuel dépassement d'honoraires, conformément aux dispositions contractuelles et réglementaires de votre contrat Frais de santé.



Vous bénéficiez de la télétransmission entre la Sécurité sociale et Génération ?

Votre bordereau de Sécurité sociale contient un message de type « décompte transmis directement à votre organisme complémentaire » : vous n'avez rien à faire ! Votre décompte nous est envoyé automatiquement.

Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ?

Votre bordereau de Sécurité sociale ne comporte pas de message : **vous devez récupérer ce bordereau sur ameli.fr et nous l'adresser.**

Le remboursement de mes dépenses de santé, comment ça marche ?

Quels justificatifs nous adresser ?

Certains soins nécessitent l'envoi d'un ou plusieurs justificatifs (décompte, ordonnance ou facture...) pour le remboursement de vos frais de santé.

Pensez à le(s) photographier avec votre smartphone afin de nous le(s) transmettre très facilement via votre espace assuré ou via l'appli mobile.

TYPE DE SOINS	JUSTIFICATIF(S) à adresser à Génération
Soins dentaires (parodontie, orthodontie refusée)	Facture
Prothèses auditives, grand appareillage	Facture
Médecine douce (ostéopathie, acupuncture...)	Facture
Optique (montures, lentilles, verres, kératotomie)	Ordonnance + Facture
Soins externes (actes réalisés en secteur hospitalier sans hospitalisation)	Avis des sommes à payer + Facture acquittée
Dépassements d'honoraires (en milieu hospitalier)	Avis des sommes à payer + Facture acquittée

Mes garanties (1/3)

THUASNE – Frais de Santé – Personnel Non Cadre
Régime de Base Obligatoire et Régime Surcomplémentaire facultatifs au 01 01 2025
(Prestations y compris remboursement de la Sécurité Sociale)

GARANTIES (1/3)	REGIME DE BASE OBLIGATOIRE	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE FACULTATIF (y compris régime de base obligatoire)
Hospitalisation (médicale / chirurgicale / obstétrique)		
Praticiens signataires OPTAM	250 % BR – SS	
. Honoraires		
Praticiens non signataires OPTAM	200 % BR – SS	250 % BR – SS
. Honoraires		
Praticiens non conventionné	200 % BR – SS	250 % BR – SS
. Honoraires		
. Frais de Séjour conventionné	100 % FR – SS	
. Frais de Séjour non conventionné	200 % BR – SS	
. Forfait hospitalier	100 % FR	
. Chambre Particulière :		
. Médecine, chirurgie, obstétrique, Rééducation, Psychiatrie	2 % PMSS / jour (78,50 €)	2,5 % PMSS / jour (98,13 €)
. Maison de repos, convalescence	2 % PMSS / jour (78,50 €)	2,5 % PMSS / jour (98,13 €)
. Ambulatoire	0,58 % PMSS / jour (22,77 €)	
. Frais d'accompagnement	0,72 % PMSS (soit 28,26 €) / jour	
Frais médicaux courants		
Praticiens signataires OPTAM		
. Médecins généralistes	150 % BR – SS	
. Médecins spécialistes	220 % BR – SS	
. Actes Techniques de chirurgie	150 % BR – SS	
. Radiographies / Echographies	165 % BR – SS	
Praticiens non signataires OPTAM		
. Médecins généralistes	130 % BR – SS	150 % BR – SS
. Médecins spécialistes	200 % BR – SS	220 % BR – SS
. Actes Techniques de chirurgie	130 % BR – SS	150 % BR – SS
. Radiographies / Echographies	145 % BR – SS	165 % BR – SS
Praticiens non conventionnés		
. Médecins généralistes	130 % BR – SS	150 % BR – SS
. Médecins spécialistes	200 % BR – SS	220 % BR – SS
. Actes Techniques de chirurgie	130 % BR – SS	150 % BR – SS
. Radiographies / Echographies	145 % BR – SS	165 % BR – SS
. Analyses remboursées par la SS	125 % BR – SS	
. Auxiliaires médicaux	125 % BR – SS	
. Autres Prothèses et Appareillages	400 % BR – SS	
. Transport remboursé par la SS	100 % BR – SS	
. Véhicules pour handicapés	175 % BR – SS	
Pharmacie(toutes vignettes)	100 % BR – SS	
Soins dentaires		
. Soins	100 % BR – SS	
. Inlays / Onlays	200 % BR – SS	
Parodontologie (non prise en charge)	5,41 % PMSS (soit 212,34 €) / A / B	

FR : FRAIS REELS – SS OU RSS : REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE – PSS : PLAFOND DE LA SECURITE SOCIALE - A : AN – B : BENEFICIAIRE - BR : BASE DE REMBOURSEMENT (EN SECTEUR NON CONVENTIONNE / BR = TARIF D'AUTORITE) – PMSS : PLAFOND MENSUEL SECURITE SOCIALE (3925 EN 2025) EQUIPEMENT : 1 monture et 2 verres – TM : TICKET MODERATEUR - OPTAM : OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE APPLICABLE A L'ENSEMBLE DES MEDECINS / OPTAM CO (OPTION APPLICABLES AUX CHIRURGIENS ET OBSTETRICIENS)

Mes garanties (2/3)

GARANTIES (2/3)	REGIME DE BASE OBLIGATOIRE			REGIME SURCOMPLEMENTAIRE FACULTATIF <i>(y compris régime de base obligatoire)</i>	
<u>Prothèses dentaires</u> . Couronne céramique si BR < 120 € . Autres prothèses . Inlays Onlays core simple ou à clavette	Panier 100% Santé	Panier Tarifs Maitrisés	Panier Tarifs Libres	Panier Tarifs Maitrisés	Panier Tarifs Libres
		Dans la limite des PLV :		Dans la limite des PLV :	
	100 % SANTE	12,91 % PMSS (506,72 €) 400 % BR – SS 190 % BR – SS	12,91 % PMSS (506,72 €) 400 % BR – SS 190 % BR – SS	470 % BR – SS	470 % BR – SS
. Prothèses non remboursables	330 % BR			400 % BR	
<u>Implants dentaires</u>	5,41 % PMSS (212,34 €) maxi 4 / an				
<u>Orthodontie</u> Acceptée par la SS Non remboursée par la SS	250 % BR – SS 100 % BR			350 % BR – SS	
<u>Optique</u> VERRES + MONTURE	Pour les adultes + de 16 ans : 1 paire de lunettes tous les 2 ans sauf : évolution de la vue : 1 paire de lunettes par an Pour les enfants - de 16 ans : Une paire de lunettes par an			Pour les adultes + de 16 ans : 1 paire de lunettes tous les 2 ans sauf : évolution de la vue : 1 paire de lunettes par an Pour les enfants - de 16 ans : Une paire de lunettes par an	
	100 €			100 € + 4 % PMSS (soit 157 €)	
	Classe A	Classe B		Classe B	
<i>Adultes + de 16 ans (verres)</i> Verres simples Verres complexes Verres très complexes	100 % SANTE	2,92 % PMSS (114,61 € / verre)		Base + 80 % du reste à charge	
		4,38 % PMSS (171,92 € / verre)		Base + 80 % du reste à charge	
		5,84 % PMSS (229,22 € / verre)		Base + 80 % du reste à charge	
<i>Enfants - de 16 ans (verres)</i> Verres simples Verres complexes Verres très complexes	100 % SANTE	2,34 % PMSS (91,85 € / verre)		Base + 80 % du reste à charge	
		2,92 % PMSS (114,61 € / verre)		Base + 80 % du reste à charge	
		3,51 % PMSS (137,77 € / verre)		Base + 80 % du reste à charge	
. Lentilles acceptées	600 % BR – SS (soit 236,88 € / unité)				
. Lentilles refusées	5 % PMSS (soit 196,25 €) / A / B				
. Opération de la vision	7 % PMSS (soit 274,75 €) / œil / A / B				

FR : FRAIS REELS – SS OU RSS : REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE – PSS : PLAFOND DE LA SECURITE SOCIALE - A : AN – B : BENEFICIAIRE - BR : BASE DE REMBOURSEMENT (EN SECTEUR NON CONVENTIONNE / BR = TARIF D'AUTORITE) – PMSS : PLAFOND MENSUEL SECURITE SOCIALE (3925 EN 2025) EQUIPEMENT : 1 monture et 2 verres – TM : TICKET MODERATEUR - OPTAM : OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE APPLICABLE A L'ENSEMBLE DES MEDECINS / OPTAM CO (OPTION APPLICABLES AUX CHIRURGIENS ET OBSTETRICIENS) EQUIPEMENT AVEC VERRES SIMPLES – VERRES SIMPLES FOYER DONT LA SPHERE EST COMPRISE ENTRE – 6 & + 6 OU DONT LE CYLINDRE EST INFERIEUR OU EGAL A + 4 : POUR UN EQUIPEMENT (Y COMPRIS MONTURE) EQUIPEMENT AVEC VERRES COMPLEXES – VERRES SIMPLES FOYER DONT LA SPHERE EST HORS ZONE DE – 6 OU + 6 OU DONT LE CYLINDRE EST SUPERIEUR A + 4 OU VERRES MULTIFOCAUX OU VERRES PROGRESSIFS : POUR UN EQUIPEMENT (Y COMPRIS MONTURE) EQUIPEMENT AVEC VERRES TRES COMPLEXES – VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES DONT LA SPHERE EST HORS ZONE DE – 8 A + 8 OU VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES DONT LA SPHERE EST HORS ZONE DE – 4 A + 4

Mes garanties (3/3)

GARANTIES (3/3)	REGIME DE BASE OBLIGATOIRE		REGIME SURCOMPLEMENTAIRE FACULTATIF (y compris régime de base obligatoire)
<u>Prothèses auditives</u>	Classe 1	Classe 2	
Adulte 20 ans et plus	100 % SANTE	100 % BR – SS + 1200 €	
Enfant moins de 20 ans		100 % BR – SS + 300 €	
		Dans la limite de 1700 € / oreille	
<u>Piles acoustiques, entretien (pris en charge SS)</u>	400 % BR – SS		
<u>Cures thermales</u> (Acceptées par la S.S)	10 % PMSS (soit 392,50 €) / cure		
<u>Allocations spéciales</u>			
. Naissance	100 % FR – SS maxi 6,5 % PMSS (255,13 €) 1er et 2nd enfant maxi 13 % PMSS (510,25 €) 3ème enfant et +		
. Adoption	2,78 % PMSS (soit 109,12 €) / enfant		
. Obsèques	5,52 % PMSS (soit 216,66 €)		
. Vaccins non remboursables	1,12 % PMSS (soit 43,96 €) / A / B		
<u>Actes Hors nomenclature</u>	Ostéopathie, Psychologue, Diététicien, Psychomotricité, Pédicure, Podologue, Bilan podologique et postural, Ostéodensitométrie, Acupuncture, Médicaments prescrits, Vaccins HN, Sevrage tabagique et Tabacologue, Hypnothérapeute, Chiropractie, Analyses HN, Fluorisation, Amniocentèse :		
	4,38 % PMSS (171,92 €) / A / B		

FR : FRAIS REELS – SS OU RSS : REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE – PSS : PLAFOND DE LA SECURITE SOCIALE - A : AN – B : BENEFICIAIRE - BR : BASE DE REMBOURSEMENT (EN SECTEUR NON CONVENTIONNE / BR = TARIF D'AUTORITE) – PMSS : PLAFOND MENSUEL SECURITE SOCIALE (3925 EN 2025) EQUIPEMENT : 1 monture et 2 verres – TM : TICKET MODERATEUR - OPTAM : OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE APPLICABLE A L'ENSEMBLE DES MEDECINS / OPTAM CO (OPTION APPLICABLES AUX CHIRURGIENS ET OBSTETRICIENS)

Mon réseau de soins

Inclus et proposé par votre contrat, vous disposez du réseau de soins

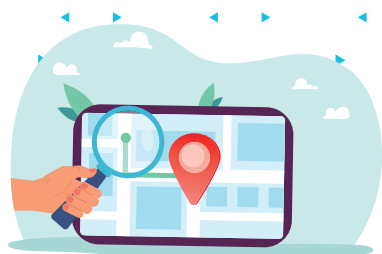


Qu'est-ce que cela signifie ?

Si vous vous rendez chez un professionnel de santé partenaire **Kalixia**, vous profitez de tarifs négociés, de services d'accompagnement, de garanties complémentaires et surtout vous évitez l'avance de frais facilement via votre espace adhérent ou via l'appli mobile.

Les avantages de Kalixia optique

- / Jusqu'à : 40 % de réduction sur les verres de classe B
20 % sur les montures
- / Garantie casse 2 ans verres et montures,
- / Coupure UV obligatoire pour tous les enfants de moins de 16 ans
- / Dispense d'avance de frais et réponse instantanée sur le reste à charge (Tiers payant systématique)



Rendez-vous sur votre espace pour géolocaliser l'un des
6 800 opticiens partenaires

Mes échanges avec Génération

Vous pouvez gérer votre contrat où, quand et comme vous le souhaitez avec nos services en ligne ou échanger directement avec nous lorsque vous en avez besoin.



Web et mobile

De nombreux services en ligne pour gérer votre contrat en toute indépendance sur notre site web ou sur l'appli mobile Génération
www.generation.fr



Accueil téléphonique 24h/24 & 7j/7

02 98 51 38 00 (appel non surtaxé)

- **Gwen, notre assistante virtuelle**, vous accompagne dans vos démarches 24h/24 et 7j/7 sans délai d'attente
- **Une équipe de conseillers experts*** reste disponible pour toute demande spécifique du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

*service accessible aux personnes sourdes et malentendantes via l'appli **OCCEO**



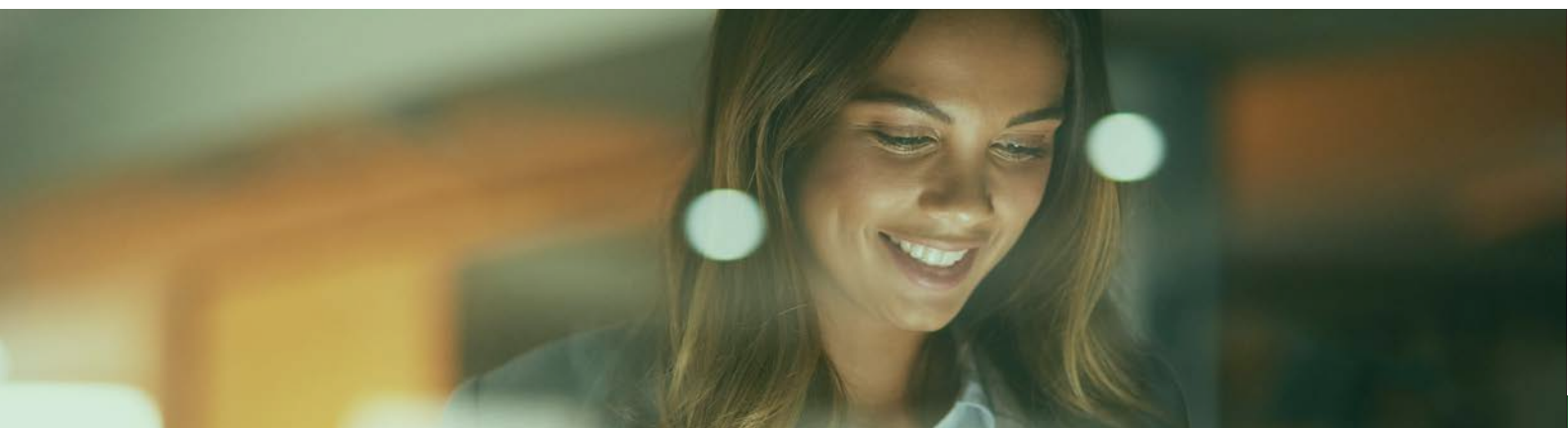
Adresse postale

Génération
29080 QUIMPER Cedex 09



Génération TV

www.youtube.com/c/GenerationTV



@ Génération

Experts et bienveillants, nous sommes engagés à vos côtés
pour vous rendre la gestion de la santé **plus simple.**

SAS AU CAPITAL DE 102.766,40 € - SIEGE SOCIAL : 12 BIS RUE DE KEROGAN 29080 QUIMPER Cedex 9
RCS QUIMPER B 410 069 066 - CODE APE : 6622 Z - N° de TVA Intracommunautaire : FR 54 410 069 066
N° ADEME : FR232788_03UUKJ - N° ORIAS : 07 000 842 / www.orias.fr
Relevant du contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 Place de Budapest
CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09

