

Le Guide Pratique des garanties Frais de Santé ANPSA

au 01/02/2011



GMC
gestion





Association Nationale pour une Protection Sociale Alternative

Protection sociale alternative

L'Association nationale pour une protection sociale alternative s'est mise en place en 1986 pour assurer une couverture sociale à des personnes ne bénéficiant pas des minimas requis pour entrer dans les catégories des caisses de Sécurité sociale. A l'époque, cela concernait pas mal de maraîchers bio, d'artisans ayant une faible activité, de personnes ayant fait le choix de vivre dans la simplicité, de néo-ruraux, d'éco-entrepreneurs ... Avec l'arrivée du RMI, les effectifs ont fondu, ce mouvement s'amplifiant avec la mise en place de la CMU, couverture médicale universelle.

L'ANPSA a, de fait, dû revoir son fonctionnement et elle s'est ouverte à des assurés sociaux comme « complémentaire » sans pour autant abandonner les non assurés qui existent toujours. Avec un recul d'une vingtaine d'années, le rapport prestations/cotisations se révèle durablement excellent. Les personnes qui choisissent un mode de vie sain et qui sont responsables de leur santé sont bien des facteurs de modération des dépenses médicales.

Aujourd'hui, l'ANPSA propose aux associations d'usagers et/ou professionnels de médecines douces, naturelles, non conventionnelles, la constitution d'une plate-forme de structures sur le thème des assurances alternatives et de la prise en charge de ces médecines, avec l'idée à terme de déboucher sur une véritable mutuelle d'assurances.

(Dossier de presse : mensuel SILENCE n°314 – sept mbre 2004.)

EXTRAIT des STATUTS de l'ANPSA ARTICLE 2 : BUT

Cette association a pour but de favoriser toutes relations, ainsi que toutes études, recherches et propositions, permettant la promotion de formules alternatives de protection sociale dans une logique de solidarité de groupe et de responsabilisation.

Plus particulièrement, l'association se donne prioritairement pour objet de soutenir :

1 - Les personnes exclues de tous régimes obligatoires de protection sociale, en leur permettant de constituer des structures sociales de substitution ou de bénéficier dans les meilleurs conditions de celles présentes sur le marché.

2 - Les usages des médecines « douces », aux même fins que ci-dessus.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser à notre association :

Correspondance : ANPSA c/o M. DUMONT

161 boulevard Lefebvre - 75015 Paris

Tél. et fax : 01.40.45.05.60

Site Internet : www.anpsa.org

Siège social : ANPSA c/o M. LECUYER

753 route de Saint Etienne - 82230 Monclar-de-Quercy

Tél. : 05.63.30.33.55

Que propose l'Association ?

L'ANPSA propose à ses membres l'adhésion à un contrat collectif d'assurance souscrit pour leur compte conformément au Code des assurances (Assurances de Groupe Art. L 140-1 à 4). Et ce, auprès de la compagnie GENERALI Collectives (contrat n° 25146) par l'intermédiaire de GMC Services, qui confie la gestion des régimes à GMC Gestion. Cette adhésion implique le choix de l'une des trois options présentées ci-après.

Qui peut en bénéficier ?

Chaque membre de l'association peut en bénéficier, quel que soit son âge (à condition d'adhérer avant l'âge de 65 ans) et qu'il soit :

- Non Assuré Social, *
- Travailleur Non Salarié (artisan, profession libérale, etc.),
- Bénéficiaire du Régime Général de l'Assurance Maladie.

** Résidant en France et n'ayant pas droit à un titre quelconque aux prestations en nature d'un régime obligatoire d'Assurance Maladie.*

Comment en bénéficier ?

Pour adhérer, choisissez votre option et envoyez à l'ANPSA :

1. La fiche d'inscription pour chaque personne à couvrir (Non Assurés Sociaux : merci de remplir également le questionnaire médical).
2. L'Autorisation de Prélèvement Automatique avec un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B).
3. Le cas échéant, un certificat de radiation récent de votre ancienne mutuelle ou société d'assurance.

Quand bénéficiez-vous des prestations ?

Les droits à remboursements prennent effet après des délais de stage fixés à :

- 3 mois pour la prise en charge des soins se rapportant à une maladie.
 - 9 mois pour les prothèses dentaires, l'optique, les cures thermales et les maternités.
- Ces délais sont abrogés si vous produisez un certificat de radiation récent (un mois maximum) de votre précédent organisme d'assurance, justifiant que vous étiez bénéficiaire d'une garantie assurant au moins un même niveau de prestations.

Dans quelles limites territoriales ?

Les garanties ne sont acquises qu'aux assurés exerçant leur activité et/ou résidant en France métropolitaine. Elles s'étendent aux accidents et aux maladies survenant dans les DOM-TOM ou à l'étranger lors d'un séjour temporaire n'excédant pas trois mois par année civile.

A partir de quel jour débute votre affiliation au contrat ?

A compter du 1^{er} du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion par l'ANPSA, sous réserve de l'acceptation médicale de l'assureur.

Quel mode de paiement de vos cotisations ?

En faisant procéder à des prélèvements automatiques mensuels directement au profit de GMC Gestion. Il suffit à cet effet de retourner l'Autorisation de prélèvement automatique, dûment signée et remplie, accompagnée d'un Relevé d'identité bancaire.

Comment choisir votre option ?

Les options présentées ci-dessous sont détaillées au tableau des garanties.

Option A

C'est l'option "**Gros Risques**" : frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale (y compris le forfait hospitalier), analyses et travaux de laboratoire, radios et traitements électriques.

Option B

Elle prend en charge la plupart des risques (remboursements à 100 % des tarifs d'Assurance Maladie), c'est-à-dire les Gros Risques et les Soins courants.

Option C

Elle prend en charge de façon importante les dépassements d'honoraires. Si des remboursements à 100 % de la Base de Remboursement de l'A. M. suffisent généralement pour couvrir les frais hospitaliers, les analyses, la pharmacie, les soins dentaires, il n'en est pas du tout de même pour les prothèses dentaires (les couronnes par exemple), l'optique, voire les consultations et visites de médecins spécialistes (de nombreux médecins sont, certes, conventionnés, mais à "honoraires libres").

Attention :

- Les membres d'une même famille doivent être adhérents à la même option (A, B ou C, voir ci-après).
- Le transfert d'une option à une autre, plus forte, est soumis au délai de stage pour les prothèses dentaires, l'optique, les cures thermales et les maternités, sauf après deux ans de présence dans la même option.

Pour ne plus bénéficier du contrat ?

Vous pouvez demander votre radiation du contrat ANPSA au **31 décembre de chaque année**, envoyée à l'association avec un préavis de deux mois.

TABLEAU DES OPTIONS PREVUES PAR LE CONTRAT ANPSA

Les pourcentages exprimés ci-dessous le sont sur la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie française. Ils indiquent le taux maximal des remboursements que vous pouvez obtenir (sous déduction de votre régime obligatoire, le cas échéant). En aucun cas vos remboursements ne sauraient être supérieurs aux frais que vous aurez réellement engagés. Les actes ne figurant pas à la nomenclature générale de l'Assurance Maladie ne sont jamais remboursés, sauf dispositions expresses.

Les frais exposés par les assurés ne relevant d'aucun régime obligatoire sont pris en considération s'ils répondent aux conditions de prise en charge du Régime Général de l'Assurance Maladie. Pour ces personnes, l'assureur intervient au premier euro sur la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie.

OPTION A

GROS RISQUES	
Hospitalisations médicale et chirurgicale : (1) séjour à l'hôpital, en clinique, centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, en établissement psychiatrique + frais divers et honoraires des praticiens et frais de salle d'opération	Etablissement conventionné ou non conventionné : 100 % + forfait hospitalier
Ambulances prises en charge par l'A. M.	100 %
Frais d'obsèques pour le décès de tout adhérent de moins de 65 ans	25 % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (2)

OPTION B

GROS RISQUES	
Hospitalisations médicale et chirurgicale : (1) séjour à l'hôpital, en clinique, centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, en établissement psychiatrique + frais divers et honoraires des praticiens et frais de salle d'opération	Etablissement conventionné ou non conventionné : 100 % + forfait hospitalier
Ambulances prises en charge par l'A. M.	100 %
Frais d'obsèques pour le décès de tout adhérent de moins de 65 ans	25 % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (2)
PETITS RISQUES	
Honoraires des médecins : généralistes, spécialistes et agrégés des hôpitaux, neuropsychiatres, dentistes ...	Praticien conventionné ou non : 100 %
Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes	100 %
Dentaire : Soins Prothèses dentaires prises en charge par l'A. M.	Dentistes conv. ou non conv. : 100 % 100 %
Optique : lunettes, lentilles prises en charge par l'A. M.	70 €
Prothèses médicales (appareils auditifs, ceintures ...)	100 %
Cures prises en charge par l'A. M.	100 %
Pharmacie (vignette bleue ou blanche)	100 %
Séjours divers : maisons de repos, sanatorium, aérium	Etablissement conventionné ou non : 100 % + chambre particulière 20 € par jour, maximum 30 jours par an

OPTION C

GROS RISQUES	
Hospitalisations médicale et chirurgicale : (1) séjour à l'hôpital, en clinique, centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, en établissement psychiatrique + frais divers et honoraires des praticiens et frais de salle d'opération	Etablissement conventionné : 180 % + forfait hospitalier Etablissement non conventionné : 100 % + forfait hospitalier
Chambre particulière	Etablissement conventionné ou non : 20 € par jour, maximum 30 jours par an
Ambulances prises en charge par l'A. M.	100 %
Ambulances non prises en charge par l'A. M.	80 € maximum par hospitalisation
Frais d'obsèques pour le décès de tout adhérent de moins de 65 ans	100 % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (2)
PETITS RISQUES	
Honoraires des médecins : généralistes, spécialistes et agrégés des hôpitaux, neuropsychiatres, dentistes ...	Praticien conventionné : 175 % Praticien non conventionné : 100 % Neuropsychiatre conventionné : 100 %
Auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes	Praticien conventionné : 165 % Praticien non conventionné : 100 %
Dentaire : Soins Prothèses dentaires prises en charge par l'A. M. Orthopédie dento-faciale (orthodontie) prise en charge par l'A. M., par période de 6 mois : SPR 90	Dentiste conventionné : 175 % Dentiste non conventionné : 100 % 375 %, plafond annuel : 1 200 € 200 %
Optique : lunettes, lentilles prises en charge par l'A. M. lentilles non prises en charge par l'A. M. ou jetables	155 € 155 € / an / bénéficiaire maximum
Prothèses médicales (appareils auditifs, ceintures ...)	Convention : 170 % Non convention : 100 %
Cures : prises en charge par l'A. M. non prises en charge par l'A. M.	Forfait annuel : 230 € Forfait annuel : 80 €
Pharmacie (vignette bleue ou blanche)	100 %
Séjours divers : maisons de repos, sanatorium, aérium	Etablissement conventionné ou non : 100 % + chambre particulière 40 € par jour, 30 jours par an maximum
Maternité : remboursement des frais à concurrence de :	150 €

- (1) Quelle que soit l'option choisie, les Non Assurés Sociaux ne peuvent être garantis que 40 jours par an pour les hospitalisations.
- (2) Il s'agit du salaire servant de référence pour déterminer certaines prestations. Il est de 2 946 € pour l'année 2011.

GARANTIES COMPLEMENTAIRES POUR TOUTES OPTIONS

Médecine douce :

Remboursement maximum annuel de 150 € par an et par bénéficiaire pour :

- Consultations chiropracteur, ostéopathe, acupuncteur, diététicien.
- Sevrage tabagique (substituts nicotiniques).
- Homéopathie non prise en charge par l'Assurance Maladie.

Prévention : Vos garanties incluent les actes de prévention conformément aux dispositions du code de la Sécurité sociale.

Prévention GMC Santé :

Dépose d'un holter tensionnel, sur présentation d'un justificatif	23 €
Examen de dépistage de l'ostéoporose (ostéodensitométrie) passé entre 50 et 60 ans	25 € tous les 3 ans

Ces garanties sont souscrites par la GMC auprès de GMC Santé, mutuelle relevant du Livre II du code de la mutualité).

Le contrat responsable

En application de la Loi sur la réforme de l'Assurance Maladie, votre assurance santé est conforme aux dispositions du contrat responsable :

Des prises en charge obligatoires dans le cadre du parcours de soins :

- Les **consultations du médecin traitant et du médecin spécialiste** doivent être prises en charge au minimum à 30 % de la Base de Remboursement.
- Les **médicaments remboursés à 65 %** (vignette blanche) par l'Assurance Maladie doivent être pris en charge, au minimum, à 30 % de la Base de Remboursement.
- Les **analyses médicales** doivent être couvertes, au minimum, à hauteur de 35 % de la Base de Remboursement.
- La prise en charge du Ticket Modérateur pour au moins **deux actes de prévention**.

Des interdictions de prises en charge :

- (1) La **majoration du Ticket Modérateur** (jusqu'à 40 % de la Base de Remboursement) en cas de non respect du parcours de soins.
- (2) Le **dépassement d'honoraires** autorisé (8 € le plus souvent) en cas de non respect du parcours de soins.
- (3) La **participation forfaitaire de 1 €** au titre des consultations, des visites, des actes d'analyses médicales et des examens radiologiques. Ces montants sont plafonnés à 4 € par jour et 50 € par an. En sont exonérés les femmes enceintes de plus de 6 mois, les enfants de moins de 18 ans et les bénéficiaires de la CMU.
- (4) La **franchise de 0,50 €** par boîte de médicament et par acte paramédical et **de 2 €** par transport sanitaire. Ces montants sont plafonnés à 2 € par jour pour les actes paramédicaux, à 4 € par jour pour les transports sanitaires et à 50 € par an pour l'ensemble. En sont exonérés les femmes enceintes de plus de 6 mois, les enfants de moins de 18 ans et les bénéficiaires de la CMU.

LES RISQUES EXCLUS

Pour les maladies ou accidents, ainsi que leurs suites, provoqués :

- intentionnellement,
- par l'ivresse (taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal),
- par l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,
- par la participation à une rixe, sauf en cas de légitime défense,
- à l'occasion de l'accomplissement du service national ou de périodes militaires supérieures à 30 jours.

Sont également exclus :

- les mesures de désintoxication, y compris les cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie,
- la psychothérapie,
- les cures de rajeunissement ainsi que leurs suites,
- les interventions de chirurgie esthétique de toute nature, ainsi que leurs suites,
- le transport et l'hébergement en cas de cure thermale (sauf pour l'allocation de cure thermale),
- les grossesses (sauf les grossesses pathologiques prises en charge au titre du risque maladie par l'Assurance Maladie),
- les accouchements (sauf maternité pathologique),
- tout autre risque non pris en charge par l'Assurance Maladie.

Les frais d'obsèques :

- après le 31 décembre de l'exercice au cours duquel l'Assuré atteint son 65^e anniversaire,
- en cas de suicide de l'assuré pendant ses deux premières années d'assurance.

COTISATIONS MENSUELLES AU 01.02.2011

(dont 5 € de cotisation à l'association)

	AS / TNS	NAS
OPTION A - gros risques		
jusqu'à 20 ans	15,00 €	67,30 €
de 21 à 65 ans	18,50 €	99,40 €
plus de 65 ans	22,50 €	128,35 €
OPTION B		
jusqu'à 20 ans	38,60 €	73,80 €
de 21 à 65 ans	48,25 €	105,25 €
plus de 65 ans	54,65 €	134,60 €
OPTION C		
jusqu'à 20 ans	49,60 €	142,10 €
de 21 à 65 ans	72,50 €	205,55 €
plus de 65 ans	94,50 €	266,30 €

AS : Assurés Sociaux, TNS : Travailleurs Non Salarié, NAS : Non Assurés Sociaux

Vous êtes Assuré Social :

Que faire en cas d'hospitalisation ?

Il suffit de faire, **quelques jours avant votre hospitalisation**, une demande de prise en charge auprès de votre Unité de Gestion dont les coordonnées figurent au dos de votre carte d'assuré.

Renseignements nécessaires à communiquer à GMC Gestion :

- nom et adresse de l'établissement de soins,
- service (médecine, chirurgie, etc.),
- date d'hospitalisation.

En cas d'urgence, la prise en charge sera délivrée **immédiatement** sur simple demande de votre part ou de l'un de vos proches. Certains établissements de soins s'en chargent directement.

Comment fonctionne le tiers payant ?

Dès l'enregistrement de votre affiliation par GMC Gestion, nous vous transmettons votre **Carte Blanche** qui vous permettra de **bénéficier du tiers payant** auprès des professionnels de santé ci-dessous, dans la limite des garanties prévues à votre contrat :

- pharmacies,
- hôpitaux, cliniques, centres de soins,
- laboratoires d'analyses, radiologie,
- opticiens (sous réserve du respect de la grille tarifaire par l'opticien),
- dentistes agréés.



Nous vous invitons à consulter les accords médicaux sur votre espace personnel du site internet www.gmcnet.fr ; ceux-ci vous sont également communiqués sur simple appel téléphonique auprès de votre unité de gestion.

Tiers payant optique

Lors de l'achat de votre paire de lunettes auprès de l'un de nos opticiens agréés (*), il suffit de lui présenter votre Carte Blanche. Il se chargera de demander une entente préalable à GMC Gestion. Ce document sera délivré à l'opticien sous réserve du respect de la grille tarifaire négociée avec celui-ci et dans la limite des garanties prévues par votre contrat.

(*) Pour obtenir la liste des opticiens agréés de votre commune, consultez votre espace personnel du site internet www.gmcnet.fr ou contactez votre Unité de Gestion.

Comment se faire rembourser ?

Vous ne bénéficiez pas des Echanges de Données Informatisés et / ou votre volet de l'Assurance Maladie française ne comporte pas de message.

Merci de nous adresser dans les trois mois qui suivent le paiement de l'Assurance Maladie, ou la naissance d'un enfant, les **décomptes originaux** des régimes obligatoires français, ainsi que les **pièces justificatives** énoncées ci-dessous et, éventuellement, les décomptes établis par d'autres organismes complémentaires.

Actes nécessitant l'envoi de pièces justificatives	Pièces justificatives (originaux)
Lunettes	Facture détaillée + prescription médicale datant de moins de 3 ans
Lentilles cornéennes prises en charge par le Régime obligatoire	Facture détaillée
Lentilles cornéennes non prises en charge par le Régime obligatoire	Facture détaillée + prescription médicale datant de moins de 1 an
Prothèses dentaires et soins dentaires en cas de dépassement d'honoraires	Facture détaillée
Hospitalisation (sans émission de prise en charge)	Facture acquittée de l'établissement
Règlement du ticket modérateur, note d'honoraires réglée directement au praticien (hospitalisations), soins à l'étranger	Facture détaillée et acquittée
Maternité	Extrait d'acte de naissance
Cures thermales	Factures justificatives des frais restant à charge
Autres soins non pris en charge par le Régime obligatoire	Facture détaillée et acquittée

En cas d'accident ou de maladie atteignant un bénéficiaire bénéficiant d'un régime d'assurance maladie obligatoire français survenant hors de France, il est précisé que les remboursements des régimes sont subordonnés au remboursement préalable du Régime obligatoire français. Nos remboursements sont effectués en euros, en France. Ils sont établis sur la base des remboursements du régime général d'Assurance Maladie.

Si vous êtes affilié au régime d'Assurance Maladie française, vous pouvez bénéficier des Echanges de Données Informatisés (envoi direct des informations permettant d'effectuer vos remboursements) et votre volet de la caisse d'Assurance Maladie française comporte un message du type « GMC recevra directement ce décompte. Il est donc inutile de le lui adresser ».

Merci, dans ce cas, de nous envoyer uniquement les **pièces justificatives** énoncées dans le tableau ci-dessus, accompagnées du **papillon détachable** découpé sur votre dernier décompte. Nous vous conseillons d'expédier ces pièces simultanément à votre envoi auprès de votre caisse d'Assurance Maladie française.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier des Echanges de Données Informatisées, ce qui peut, notamment, être le cas si vous êtes inscrit à deux régimes complémentaires, vous pouvez conserver le système classique à condition de le spécifier **par écrit** à votre Unité de gestion en précisant les membres de votre famille concernés (loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978).

Vous êtes Non Assuré Social :

Si vous ne bénéficiez pas d'un régime obligatoire, le remboursement sera réalisé au vu des factures originales des frais engagés et sur la base des tarifs de l'Assurance Maladie française.

Service Plus !

Si vous devez acheter une paire de lunettes ou des lentilles de contact, joignez nos Conseillers Santé. **Une équipe spécialement formée** est à votre service pour étudier votre ordonnance et vous orienter dans votre choix.

- ➔ **Conseil tarifaire** sur les verres en fonction de la prescription établie par votre praticien.
- ➔ **Conseil technique** sur les verres (matières et traitement), sur les montures et sur les lentilles.
- ➔ Information sur la législation du **Régime Obligatoire**.
- ➔ Réalisation de **devis**.

Qui contacter ?

L'équipe de gestion qui vous est dédiée se tient à votre disposition pour répondre à toutes vos demandes de renseignements, de prise en charge, de devis, de remboursement de frais de santé, etc.



GMC Gestion – Unité de Gestion (UG) n°51

 **10 rue Henner – 75459 PARIS CEDEX 09**

 **01.40.82.43.15**  **01.40.82.43.45**

Adresse e-mail : gmcg.ug51@henner.fr

Accueil et renseignements de 8h00 à 18h00 sans interruption.
Urgences (prise en charge hospitalière, assistance...) :
permanence téléphonique 24h/24, 365 jours par an.

Les conversations téléphoniques avec nos services de gestion peuvent être enregistrées aux fins d'amélioration de la qualité de nos services. Ces enregistrements ne sont pas destinés à être conservés au-delà d'une journée.

Vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant et figurant sur tout fichier à l'usage de **GMC Gestion**. Le droit d'accès et de rectification peut être exécuté au 10 rue Henner, Paris 9^e (loi n°78-17 du 6 janvier 1978).



Groupement d'Intérêt Economique régi par l'ordonnance du 23-09-1967 - RC Paris C 399 142 892
Siège social : 10 rue Henner - 75459 PARIS Cedex 09



GMC Gestion certifié ISO 9001 : 2000 par BVQI France, certificat n°122190

