



VOUS ÉCOUTER, VOUS GUIDER  
VOUS PROTÉGER



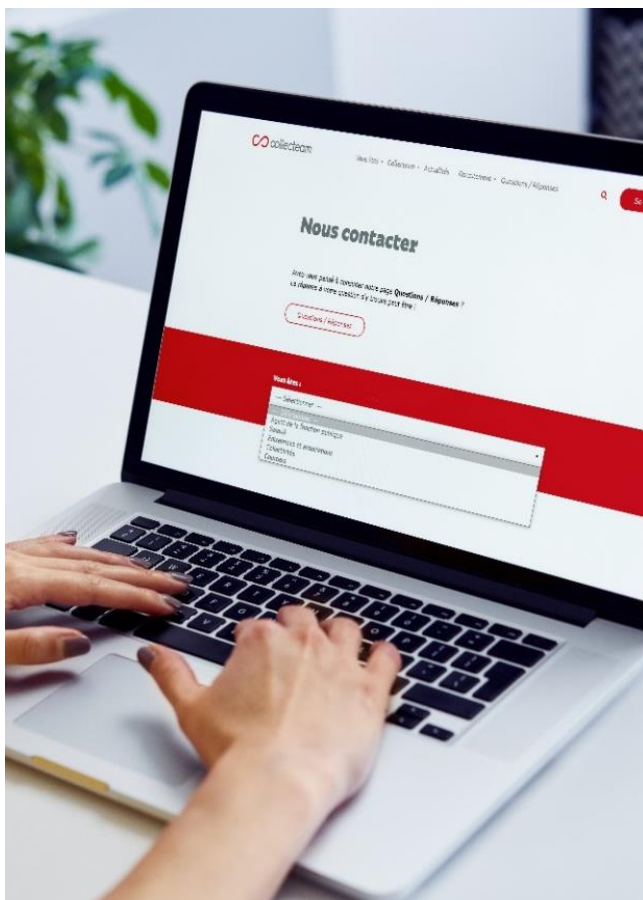
# Livret frais de santé CDG 81

# MES CONTACTS UTILES



## COLLECTEAM

Collecteam  
Centre de gestion santé  
4 rue Léon Patoux - BP 203  
51686 REIMS Cedex 2



## INTERLOCUTEURS

### CENTRE DE RELATION CLIENTS :

VOUS AVEZ UNE QUESTION, VOUS  
VOULEZ COMPARER  
> Votre gestionnaire Collecteam

Tél. 02 36 56 00 02  
[crc@collecteam.fr](mailto:crc@collecteam.fr)

### ADHERENT :

Tél. 03 26 48 49 60

Du lundi au jeudi de 8h30 à 12h30  
et de 13h à 17h30.

Le vendredi de 8h30 à 12h30 et de 13h à  
17h (tarif local non surtaxé).

## APPLICATION MOBILE



## WEB

Espace assuré :

<https://collecteam.gestion-sante.com>



## Astuce

Afin de gagner du temps lors de vos appels, pensez à préparer votre **numéro d'adhérent** (figurant sur la carte de tiers payant) ou celui de la personne concernée par les soins.

Un devis est une demande de simulation de remboursement et ne vaut pas pour un engagement de paiement contrairement à la demande de prise en charge.

# MODALITÉS D'ADHÉSION

## PERSONNEL EN ACTIVITÉ

### COMMENT ADHÉRER ?

#### 1- Les documents nécessaires

- > Copie de l'attestation de Sécurité sociale (disponible sur ameli.fr) en cours de validité pour chaque personne concernée (conjoint, partenaire lié par un PACS, concubin, enfant ou ascendant à charge)
- > RIB/IBAN ou RIP à votre nom
- > Attestation de vie commune et justificatif de domicile commun en cas de concubinage

#### 2- Adhésion en ligne

- > Complétez le bulletin d'adhésion en ligne transmis par votre employeur (via un lien URL)
- > Validez votre bulletin en cliquant sur « envoyer »

#### 3- Adhésion papier

- > Complétez le bulletin d'adhésion papier
- > Joignez les documents nécessaires
- > Adressez l'ensemble de ces pièces à votre service des ressources humaines, dans les plus brefs délais

### VOTRE NIVEAU DE PRESTATIONS

L'affiliation à l'option est facultative. En l'absence de choix, vous serez automatiquement affilié au régime de base.

À votre initiative, un changement de niveau de garanties peut s'effectuer au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année civile moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.

Tout changement de régime à la hausse implique une durée minimale d'adhésion de 2 ans avant de pouvoir à nouveau changer de niveau de garanties. Toutefois, vous pouvez solliciter un changement de niveau de garantie ou de structure de cotisation après une modification de votre situation familiale (sur justificatifs).

Le changement prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant votre demande et la validation de votre service RH.

Le choix de l'option s'applique à l'ensemble des personnes assurées.

### VOTRE COTISATION

L'ensemble de la cotisation santé est précomptée sur le bulletin de salaire.

## RÉSILIATION DE VOTRE CONTRAT

Vous avez la faculté de résilier votre adhésion, sans frais ni pénalité, après expiration d'un délai d'un an à compter de votre première souscription, sous réserve des dispositions contractuelles. La résiliation prendra effet un mois après la réception de votre notification.

## VOS REMBOURSEMENTS

Le changement de complémentaire santé va nécessiter quelques modalités de mise en place.

### Pour les soins dispensés à partir du jour de votre adhésion

Vous dépendrez du centre de gestion santé : **Collecteam**

### Pour les soins dispensés jusqu'à la veille de votre affiliation incluse

La procédure en vigueur avec votre mutuelle actuelle reste inchangée.

## CHANGEMENT DE SITUATION PERSONNELLE

Selon la nature du changement de situation, il convient de faire la déclaration auprès de votre employeur ou directement auprès de Collecteam.

### > Déclaration auprès de votre employeur en cas de :

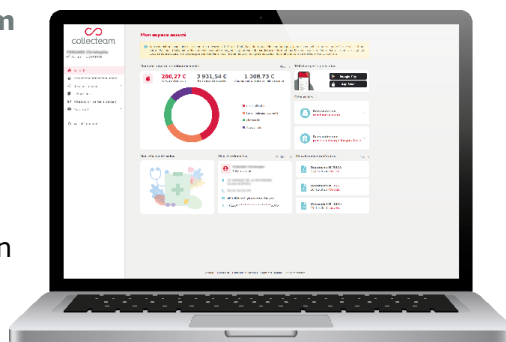
- ➔ Changement de situation familiale, ajout ou suppression d'un bénéficiaire si ce changement modifie le montant de la cotisation,
- ➔ Changement de niveau de garanties (si votre contrat le prévoit).

### > Déclaration directement auprès de Collecteam en cas de :

- ➔ Changement d'adresse,
- ➔ Coordonnées mail, téléphone,
- ➔ Coordonnées bancaires.

Ces modifications sont réalisables sur l'application mobile ou bien sur l'espace assuré :

<https://collecteam.gestion-sante.com>



# BIEN COMPRENDRE MES REMBOURSEMENTS SANTÉ

## À NE PAS OUBLIER

### → Le délai de prescription en santé

Les dossiers présentés plus de 2 ans après la date des soins ne peuvent pas être pris en charge.

### → Les franchises médicales

Une franchise est appliquée sur les boîtes de médicaments et les actes paramédicaux (1 €), ainsi que sur les transports sanitaires (4 €). Elle est plafonnée à 50 € par an.

### → La participation forfaitaire de 2 €

Elle s'applique à tout assuré ou bénéficiaire de plus de 18 ans (hors CMU) et concerne les actes de biologie/radiologie ainsi que les consultations et les visites des médecins spécialisés et généralistes.

## JE CONSULTE UN MÉDECIN

Le **parcours de soins coordonnés** en France impose à chaque assuré social de plus de 16 ans de désigner un médecin traitant de son choix avant de consulter un spécialiste, pour bénéficier d'un remboursement à taux plein sauf en cas d'urgence, et pour les consultations en ophtalmologie, gynécologie, psychiatrie pour les moins de 26 ans et stomatologie.

**Respecter le parcours de soins coordonnés vous apporte un double avantage :**

- Un suivi sur la durée, adapté à votre état de santé par un médecin qui vous connaît et qui tient à jour votre dossier médical,
- Un remboursement à taux plein contre un remboursement diminué de plus de la moitié en vous adressant directement à un spécialiste sans accès direct (ex : dermatologue).

## ASTUCE

En choisissant un médecin traitant ayant adhéré à l'OPTAM, vous bénéficiez d'une meilleure prise en charge des soins par la Sécurité sociale.

### L'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée OPTAM

Les praticiens adhérant à cette convention s'engagent à :

- ne pas augmenter leurs tarifs
- modérer les dépassements d'honoraires

### Mon médecin est-il adhérent à l'OPTAM ?

Vous pouvez le découvrir en vous rendant sur le site de l'Assurance Maladie [annuaire.sante.ameli.fr](https://annuaire.sante.ameli.fr)



## JE DOIS ME FAIRE HOSPITALISER

En cas d'hospitalisation, la chambre particulière, le forfait journalier et les dépenses personnelles ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

Grâce à la prise en charge hospitalière, vous ne faites pas l'avance des frais de séjour dans le cadre d'une hospitalisation médicale ou chirurgicale.



### ASTUCE

Demandez une prise en charge hospitalière à partir de votre espace client (mobile ou web). Elle sera automatiquement envoyée à l'établissement de santé concerné.

En cas d'oubli, demandez une facture ou le bordereau AMC lors du paiement des dépassements d'honoraires afin de pouvoir vous faire rembourser par Collecteam en fonction de votre garantie.

## J'ADOpte LES BONS RÉFLEXES

- > **Ne jamais communiquer le niveau de mes garanties.**  
Afin de ne pas offrir aux professionnels de santé l'opportunité d'ajuster leurs tarifs en fonction du niveau des garanties de votre contrat, ne leur transmettez pas vos garanties santé. Chez l'opticien, demandez votre devis avant de donner votre carte de tiers payant.
- > **Avoir le réflexe « médicaments génériques ».**  
Les médicaments génériques sont vendus 30 % à 40 % moins chers que le médicament original.
- > **Se renseigner au préalable sur les dépassements d'honoraires pratiqués.**  
Connectez-vous sur le site de l'Assurance Maladie : [www.amelidirect.fr](http://www.amelidirect.fr) pour en savoir plus.  
En cas d'hospitalisation, ne pas hésiter à négocier dans la mesure du possible les dépassements d'honoraires en fonction de votre garantie et de votre reste à charge.
- > **Réaliser plusieurs devis en cas de dépenses importantes (dents, lunettes, audioprothèses, etc.).**  
Et dans certains cas consulter plusieurs professionnels pour comparer. Ensuite, envoyer les devis au centre de gestion via votre espace assuré web ou application mobile, pour analyse avant réalisation des soins.

## DEVIS OPTIQUE, DENTAIRE OU AUDIOPROTHÈSE

Lors d'une visite chez les professionnels de santé optique, dentaire ou bien audioprothèse, ils doivent vous remettre un devis avant d'effectuer la prestation. Il convient ensuite de nous l'adresser afin de connaître votre prise en charge.

Vous pouvez nous transmettre votre devis depuis votre espace assuré en ligne ou bien depuis votre application mobile en prenant simplement une photo.

À défaut, l'envoi mail ou courrier reste possible.

## RÉFORME 100 % SANTÉ

Pour les postes optique, dentaire et audiologie, vous pouvez bénéficier d'une prise en charge intégrale sur certaines gammes de produits ou de tarifs encadrés afin de limiter votre reste à charge.



### > Optique :

Il existe 2 classes pour les équipements optiques :

- ➔ la **classe A**, qui est sans reste à charge (offre 100 % Santé),
- ➔ la **classe B**, pour laquelle les prix sont libres.

### > Dentaire :

- ➔ **Panier 100% Santé** : sans reste à charge
- ➔ **Panier maîtrisé** : prestations encadrées avec des tarifs plafonnés.
- ➔ **Panier libre** : libre choix des techniques et matériaux sans encadrement tarifaire.

### > Audiologie :

Il existe 2 classes pour les équipements audio :

- ➔ la **classe 1**, qui est sans reste à charge (offre 100 % Santé),
- ➔ la **classe 2**, pour laquelle les prix sont libres.

## LA TÉLÉTRANSMISSION

La télétransmission évite l'envoi des relevés de l'Assurance maladie à l'organisme complémentaire et permet un remboursement plus rapide et automatisé. En cas de changement de mutuelle, il se peut que votre précédent organisme complémentaire ne se soit pas « déconnecté », et empêche notre connexion pour traiter de façon automatique vos demandes de remboursement.

> Dans ce cas :

**1 - Vérifiez sur votre espace assuré que la télétransmission est active. Si ce n'est pas le cas, écrivez-nous.**

**2 - Rendez-vous sur le site de l'Assurance Maladie [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) et connectez-vous.**

S'il y a un problème de télétransmission, vous êtes automatiquement redirigé(e) vers un écran vous indiquant que la télétransmission est bloquée.

- > Cliquez sur le bouton « Sélectionner »
- > Sélectionnez l'organisme de santé pour lequel vous souhaitez activer la télétransmission
- > Puis confirmez votre choix

La déconnexion avec l'organisme de complémentaire santé précédent sera effective en moyenne sous 7 jours.

# TABLEAU DES GARANTIES SANTÉ

La proposition de couverture santé respecte les obligations réglementaires en matière de contrat responsable.

GARANTIES		PRESTATIONS <sup>(1)</sup>		
		Régime de base	Régime 2	Régime 3
ACTES COURANTS				
Honoraires médicaux	Consultations / visites généralistes OPTAM	100 % BR	150 % BR	200 % BR
	Consultations / visites généralistes NON OPTAM	100 % BR	130 % BR	180 % BR
	Consultations / visites spécialistes OPTAM	100 % BR	150 % BR	200 % BR
	Consultations / visites spécialistes NON OPTAM	100 % BR	130 % BR	180 % BR
	Petite chirurgie et actes techniques médicaux OPTAM	100 % BR	150 % BR	200 % BR
	Petite chirurgie et actes techniques médicaux NON OPTAM	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Imagerie médicale / radiologie OPTAM		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Imagerie médicale / radiologie NON OPTAM		100 % BR	130 % BR	180 % BR
Analyses médicales en laboratoire / examens		100 % BR	125 % BR	150 % BR
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Psychologue (séances réalisées dans le cadre du dispositif de la SS "Mon psy", après consultation d'un médecin		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments prescrits ou non et non remboursés par la Sécurité Sociale (produits inscrits à la rubrique "médicaments" du VIDAL) - Par an et par bénéficiaire		-	100 €	150 €
Médicaments remboursés		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical	Petit appareillage y compris prothèses externes	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Matériel médical	Grand appareillage	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Transport		100 % BR	100 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale, maternité)				
Soins et frais de séjour hospitaliers		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux OPTAM CO		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux NON OPTAM CO		100 % BR	130 % BR	180 % BR
Forfait hospitalier journalier, forfait actes lourds, forfait patient urgences		100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière (hors psychiatrie) - Par nuit et par bénéficiaire		-	60 €	90 €
Chambre ambulatoire (par jour)		-	30 €	60 €
Frais d'accompagnement (enfant – 16 ans et personne âgée de plus de 70 ans) Forfait par jour		-	25 €	55 €
DENTAIRE <sup>(2)</sup>				
Panier de soins « 100 % santé » prise en charge dans la limite des HLF		100 % FR	100 % FR	100 % FR
Prestations remboursées par l'assurance maladie		Plafond annuel par bénéficiaire - hors panier 100% santé : 2500 €, au delà remboursement à hauteur du panier de soins	Plafond annuel par bénéficiaire - hors panier 100% santé : 3000 €, au delà remboursement à hauteur du panier de soins	Plafond annuel par bénéficiaire - hors panier 100% santé : 3200 €, au delà remboursement à hauteur du panier de soins
Prothèses au sein du PANIER TARIFS MAITRISES	Prothèses	125 % BR	325 % BR	450 % BR
	Inlays-Core	125 % BR	200 % BR	350 % BR
	Inlays-Onlays et Overlays	125 % BR	200 % BR	350 % BR
Prothèses au sein du PANIER TARIFS LIBRES	Prothèses	125 % BR	325 % BR	450 % BR
	Inlays-Core	125 % BR	200 % BR	350 % BR
	Inlays-Onlays et Overlays	125 % BR	200 % BR	350 % BR
Soins hors "100 % Santé"***		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale - par an		-	300 €	550 €
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale fixes transitoires -par an		-	300 €	550 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		125 % BR	250 % BR	400 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale - Forfait par an et par bénéficiaire		-	500 €	800 €
Parodontologie non remboursée - par an		-	250 €	350 €
Implantologie (par an)		-	500 €	900 €
AUTRES PRESTATIONS				
Cure thermique : Honoraires et frais de séjour (par an et par bénéficiaire) <sup>(3)</sup>		100% BR	100% BR + 200 €	100% BR + 500 €
Médecine non conventionnelle (Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, homéopathe, microkinésithérapie, étiopathie, diététicien, psychologue hors dispositif "mon psy", psychomotricien, ergothérapeute, pédicure-podologue, naturopathe, sophrologue, reconstruction posturale méthode Mézières, kynésiologue, hypnose) (par an et par bénéficiaire) <sup>(4)</sup>		-	100 €	200 €
Vaccins refusés (par an et par bénéficiaire)		-	20 €	40 €
Densitométrie osseuse		-	30 €	50 €
Garantie d'assistance		OUI	OUI	OUI
Téléconsultation y compris le soir et le week-end		OUI	OUI	OUI
Vaccin anti grippe		100 % FR	100 % FR	100 % FR
Sevrage tabagique - Forfait par an et par bénéficiaire		-	40 €	80 €
Soins à l'étranger remboursés (soins ambulatoires et hospitalisation)		OUI	OUI	OUI
AUDIOLOGIE				
Équipement « 100 % santé » - classe I prise en charge dans la limite des PLV		100 % FR	100 % FR	100 % FR
Équipement auditif hors 100 % santé classe II - PANIER TARIFS LIBRES (maxi 1 700 € par oreille) + de 20 ans		100 % BR	650 € (en complément de la Sécurité sociale)	1000 € (en complément de la Sécurité sociale)
Équipement auditif hors 100 % santé classe II - PANIER TARIFS LIBRES (maxi 1 700 € par oreille) - de 20ans		100 % BR	650 € (en complément de la Sécurité sociale)	750 € (en complément de la Sécurité sociale)
Périodicité (équipement auditif par oreille)		1 fois tous les 4 ans par bénéficiaire		
Piles pour prothèses auditives		100 % BR	100% BR	100% BR
OPTIQUE				
Équipement « 100 % santé » - classe A prise en charge dans la limite des PLV		100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais d'optique autres – classe B – PANIER TARIFS LIBRES (garanties exprimées ici sous déduction des remboursements de la sécurité sociale)				
> Monture		40 €	90 €	100 €
> Verre simple - Forfait par verre		30 €	70 €	100 €
> Verre complexe- Forfait par verre		80 €	120 €	220 €
> Verre très complexe - Forfait par verre		80 €	170 €	260 €
Périodicité (monture et verres)		1 fois tous les 2 ans par bénéficiaire sauf en cas de changement de correction et enfant selon l'âge*		
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire), au delà remboursement à hauteur du panier de soins		100 % BR	150 €	250 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale y compris jetables (par an)		-	150 €	250 €
Chirurgie réfractive (par oeil)		-	200 €	400 €

(1) Les prestations sont exprimées en fonction de la base de remboursement et incluent le montant remboursé de la Sécurité sociale.  
(2) Pour les frais dentaires « NPC », les garanties pourront être ré-exprimées forfaitairement de manière équivalente en fonction de la CCAM dentaire entrée en vigueur.  
(3) Dans la limite des frais réels engagés et sur présentation de justificatifs.  
(4) Praticiens reconnus par les annuaires professionnels de santé.

# EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Afin de mieux comprendre les garanties, voici quelques exemples de remboursements qui détaillent la prise en charge de la Sécurité sociale ainsi que celle de la complémentaire santé.



## SOINS COURANTS

Régime de Base				Régime 2		Régime 3	
Sécurité sociale incluse	Prix moyen pratiqué/constaté ou tarif réglementé*	Remboursement complémentaire	Reste à charge	Remboursement complémentaire	Reste à charge	Remboursement complémentaire	Reste à charge
Consultation d'un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraire libre (non adhérent à l'OPTAM)	60,00 €	6,90 €	39,00 €	13,80 €	32,10 €	25,30 €	20,60 €
Acte d'imagerie médicale par IRM, praticien adhérent à l'OPTAM	120,00 €	19,70 €	53,00 €	54,20 €	18,50 €	70,70 €	2,00 €



## HOSPITALISATION

Régime de Base				Régime 2		Régime 3	
Sécurité sociale incluse	Prix moyen pratiqué/constaté ou tarif réglementé*	Remboursement complémentaire	Reste à charge	Remboursement complémentaire	Reste à charge	Remboursement complémentaire	Reste à charge
Chambre particulière (par jour)	61,00 €	0,00 €	61,00 €	0,00 €	61,00 €	0,00 €	61,00 €
Honoraire du chirurgien non adhérent à l'OPTAM CO (pose d'un stent)	1 032,51 €	24,00 €	719,01 €	180,75 €	562,26 €	337,50 €	405,51 €

# EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS



## DENTAIRE

	Régime de Base			Régime 2		Régime 3	
Sécurité sociale incluse	Prix moyen pratiqué/constaté ou tarif réglementé*	Remboursement complémentaire	Reste à charge	Remboursement complémentaire	Reste à charge	Remboursement complémentaire	Reste à charge
Pose d'une prothèse dentaire fixe - PANIER "100% Santé"	544,00 €	376,30 €	0,00 €	376,30 €	0,00 €	376,30 €	0,00 €
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une molaire (PANIER TARIFS LIBRE)	667,54 €	78,00 €	517,54 €	168,00 €	427,54 €	348,00 €	247,54 €
Orthodontie (-16 ans)	616,30 €	48,38 €	374,43 €	193,50 €	229,30 €	422,80 €	0,00 €



## OPTIQUE

	Régime de Base			Régime 2		Régime 3	
Sécurité sociale incluse	Prix moyen pratiqué/constaté ou tarif réglementé <sup>(1)</sup>	Remboursement complémentaire	Reste à charge	Remboursement complémentaire	Reste à charge	Remboursement complémentaire	Reste à charge
Deux verres simples + monture 100% santé	95,00 €	77,30 €	0,00 €	77,30 €	0,00 €	77,30 €	0,00 €
Deux verres simples + monture hors 100% santé**	400,00 €	100 €	300 €	230 €	170 €	300 €	100 €

\*Verres unifocaux de classe A dont la sphère est de -2,25 à -4,00 (codes 2254911 ou 2238444) avec une monture de classe A (code 2222124)

# CONSULTEZ VOS REMBOURSEMENTS

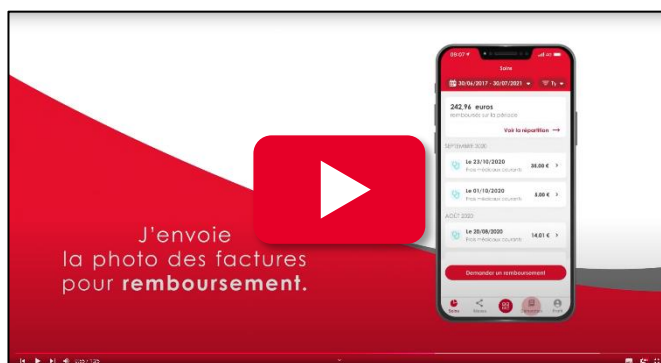
## VOTRE APPLICATION MOBILE

Simple et pratique pour faciliter votre quotidien, maîtriser vos dépenses et mieux gérer votre santé.



Téléchargez gratuitement notre application mobile et bénéficiez de tous nos services !

- > Carte de tiers-payant accessible et à télécharger,
- > Remboursements en temps réel,
- > Envoi de devis,
- > Demande de remboursement avec facture par simple photo,
- > Géolocalisation des professionnels de santé,
- > Mise à jour de vos données personnelles.



## VOTRE ESPACE ASSURÉ

<https://collecteam.gestion-sante.com>

- > Visualisez vos derniers remboursements,
- > Accédez aux garanties de votre contrat,
- > Vérifiez et modifiez vos coordonnées,
- > Visualisez la liste de vos bénéficiaires,
- > Mise à disposition de la carte de tiers-payant en version numérique,
- > Demandez une analyse de devis,
- > Envoyez vos factures par photo.

### ASTUCE

Votre identifiant est indiqué sur votre carte de tiers-payant (n° adhérent). Ensuite créez votre mot de passe.



# REMBOURSEMENTS NÉCESSITANT DES JUSTIFICATIFS

Dans certains cas, des justificatifs nous sont nécessaires pour effectuer le remboursement :

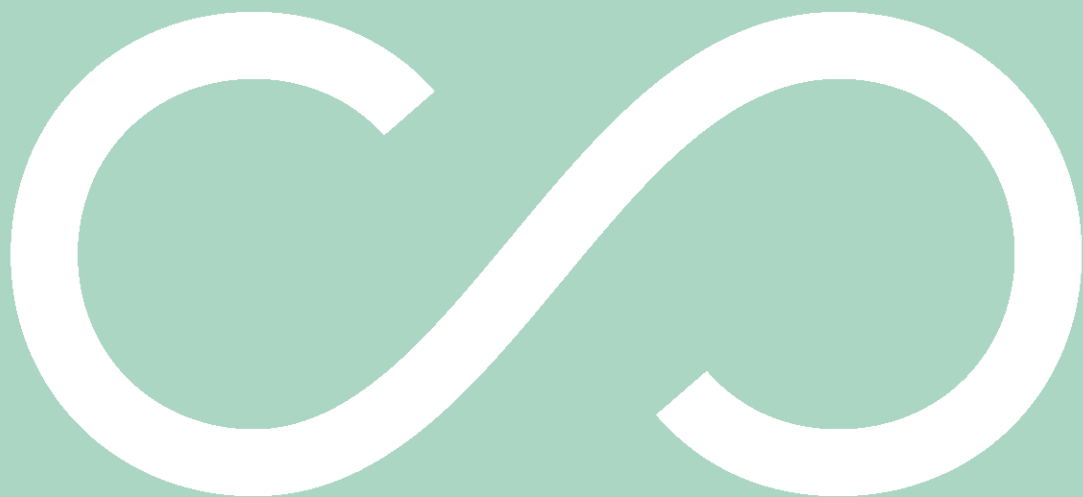
	Cas nécessitant un justificatifs	Justificatifs à nous fournir
<b>Actes de kinésithérapie</b>	Frais réels > base de remboursement de la Sécurité sociale	<b>Photocopie de la feuille de soins du praticien</b> indiquant la nature du dépassement (à notre demande).
<b>Hospitalisation médicale chirurgicale</b>	Vous n'avez pas demandé de prise en charge	<b>Facture originale détaillée de l'hôpital ou de la clinique</b> (bordereau AMC destiné à l'organisme).
<b>Dépassements d'honoraires dès le 1<sup>er</sup> euro</b>	À envoyer systématiquement	<b>Facture détaillée et acquittée et décompte de la sécurité sociale</b> en l'absence de télétransmission.
<b>Optique</b>	Verres et montures	<b>Facture détaillée de l'opticien</b> précisant : la correction, le prix des verres, le prix des montures. <b>L'ordonnance.</b>
	Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	<b>Copie de la prescription et facture détaillée.</b>
	Lentilles non acceptées par la Sécurité sociale	<b>Copie de la prescription</b> avec la mention "hors LPP" et <b>facture détaillée.</b>
	Lentilles jetables non acceptées par la Sécurité sociale	<b>Copie de la prescription</b> datant de moins de 12 mois pour la 1 <sup>ère</sup> prescription et 24 mois pour les renouvellements avec la mention « hors LPP » * et <b>facture détaillée.</b>
<b>Soins et prothèses dentaires</b>	À envoyer systématiquement	<b>Note d'honoraires</b> ou <b>facture détaillée par acte.</b>
<b>Appareillage</b>		<b>Facture des frais engagés.</b>
<b>Frais de maternité</b>		<b>Extrait d'acte de naissance</b> indiquant le numéro de Sécurité sociale de rattachement de l'enfant (père ou mère).
<b>Cure thermique</b>		<b>Volet de remboursement de la CPAM. Factures, attestation de présence</b> de l'établissement thermal.
<b>Médecine non conventionnelle</b>		<b>Facture acquittée</b>

\*LPP : Liste des Produits et Prestations remboursables, mise en place par l'Assurance maladie.

**Plus besoin d'envoyer les justificatifs par courrier !**

Avec notre application mobile envoyez-les en prenant simplement une photo.





## Collecteam

Centre de gestion santé  
4 rue Léon Patoux - BP 203  
51686 REIMS Cedex 2  
03 26 48 49 60

[collecteam.fr](http://collecteam.fr)

Société de courtage en assurances exerçant sous les modalités de l'article L 520-1 II.b du Code des Assurances (liste des compagnies d'assurance disponible sur notre site internet)  
Placé sous contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09.  
SA au capital de 7 005 000 € - RCS Orléans 422 092 817 - N° ORIAS 07 005 898 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr) - Service réclamation : [qualite@collecteam.fr](mailto:qualite@collecteam.fr)  
Médiation de l'assurance TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09