



VOS GARANTIES ET SERVICES

SANTÉ

GROUPE GFI



ENSEMBLE DU PERSONNEL

2017

Sommaire

Bienvenue chez Verspieren	3
Les dispenses d'adhésion.....	4
Votre contrat frais de santé	6
Definition des bénéficiaires	6
Conditions de changement de régime	7
Modalités de radiation du conjoint	8
Vos Garanties	9
La grille optique	12
Comment lire une grille optique ?	13
Les justificatifs à transmettre pour vous faire rembourser.....	14
Définitions.....	15
Votre espace client : monespace.verspieren.com.....	16
La consultation de vos remboursement.....	18
Comment comprendre les remboursements santé.....	19
Le tiers-payant.....	20
La télétransmission.....	21
Santéclair : un réseau efficace.....	22
Démarches et prises en charge hors réseau Santéclair.....	24
Services complémentaires.....	25
Avantages supplémentaires.....	26
Pour contacter VERSPIEREN rien de plus simple !	27

Le présent livret a pour objet de vous aider dans vos démarches administratives liées à votre régime frais de santé. Ce document n'a pas de valeur contractuelle.

BIENVENUE CHEZ VERSPIEREN !

En tant que salarié(e) du Groupe GFI, vous bénéficiez d'une complémentaire santé de qualité qui vous permet une diminution de votre reste à charge sur vos principales dépenses de santé.

Télétransmission, tiers-payant, décompte frais de santé, un langage parfois compliqué pour bien comprendre le fonctionnement de sa complémentaire santé.

C'est pour cela que Verspieren a conçu, pour vous, ce guide dédié à la gestion de votre contrat santé. Chapitre par chapitre, il vous accompagne dans vos démarches pour une bonne compréhension et une bonne pratique du contrat mis en place par votre entreprise.

Afin de vous apporter un maximum de facilité au quotidien, Verspieren, votre interlocuteur unique pour la gestion de vos frais de santé, vous propose de nombreux services :

- la télétransmission pour les remboursements ;
- le tiers-payant ;
- la consultation des remboursements en temps réel sur Internet et smartphones;
- l'accès au service relations-assurés...

Verspieren vous explique les remboursements des frais de santé, le rôle de la Sécurité sociale, de Verspieren et ce qui reste à votre charge.

Nous vous souhaitons une bonne lecture et vous garantissons de tout mettre en oeuvre pour vous apporter une entière satisfaction dans la gestion de votre contrat santé.

VOTRE ESPACE CLIENT :
monespace.verspieren.com

LES DISPENSES D'ADHESION

Les cas de dispenses d'adhésion au Régime Frais de Santé sont précisés dans l'accord collectif d'entreprise et repris ci-dessous :

- ✓ salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit et produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties,
- ✓ salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs,
- ✓ salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter de cotisations au moins égale à 10% de leur rémunération brute,
- ✓ salariés bénéficiaire d'une couverture complémentaire (CMUC) en application de l'article L.861-3 CSS ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en application de l'article L.863-1 CSS. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide,
- ✓ salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel,
- ✓ salariés bénéficiant par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective, citée ci-après relevant d'un dispositif de prévoyance, et qui en justifient annuellement auprès de la direction :
 - a) dispositif de prévoyance complémentaire obligatoire (L242-s CSS),
 - b) régime local d'assurance maladie dit « Alsace-Moselle »,
 - c) régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières,
 - d) contrat d'assurance de groupe pour les travailleurs non-salariés dit « Madelin »,
 - e) régime complémentaire collectif proposé aux fonctionnaires d'Etat ou des collectivités territoriales,
 - f) régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM),
 - g) caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Le bénéfice de cette dispense suppose que les salariés justifient chaque année de la couverture dont ils bénéficient par ailleurs. Les salariés précités seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation dérogatoire.

En outre, **les salariés susceptibles de bénéficier de l'une des dérogations précitées, qui choisissent de ne pas adhérer au régime collectif de remboursement de frais de santé, devront notifier leurs refus par écrit et y joindre les justificatifs demandés.** Cette demande doit être renouvelée, le cas échéant.

VOTRE CONTRAT FRAIS DE SANTÉ

Vous disposez :

- d'un régime de BASE à adhésion obligatoire pour le collaborateur et les enfants,
 - d'un régime sur-complémentaire à adhésion facultative renforçant les garanties du régime de base.
- ⇒ **L'adhésion à ce régime est de 2 ans minimum, sauf changement de situation de famille.**

LES BÉNÉFICIAIRES

Sont garantis au titre du contrat « frais de santé » :

- ✓ **Le salarié**
- ✓ **Les enfants de l'assuré**, ceux du conjoint ou du concubin ou partenaire lié par un PACS **répondant à l'un des critères suivants** :
 - A charge au sens fiscal, et s'il vivent au foyer, ceux de son conjoint ou concubin,
 - Agés de moins de 28 ans poursuivant des études secondaires ou supérieures entraînant ou non l'affiliation au régime de Sécurité Sociale des étudiants,
 - Agés de moins de 28 ans inscrits au Pôle emploi en tant que primo demandeur d'emploi, et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois,
 - Agés de moins de 28 ans sous contrat d'apprentissage, ou alternance,
 - Quel que soit leur âge et percevant les allocations prévues par la Loi 2005-12 du 11 février 2005 pour les personnes handicapées,
 - Les enfants âgés de moins de 20 ans ayant une déclaration de revenus distincte de celles des parents à condition qu'ils ne soient pas imposables.
- ✓ **Les ascendants à charge au sens de la Sécurité Sociale**

Facultatif (cotisation supplémentaire)

- ✓ **Le conjoint**
- ✓ **Le concubin à charge** au sens de la Sécurité Sociale ou bénéficiant de son propre chef du régime de la Sécurité Sociale, à condition :
 - Qu'il présente un justificatif (attestation sur l'honneur, justificatif de vie commune)
- ✓ **Le partenaire lié par un Pacs** à charge au sens de la Sécurité Sociale ou bénéficiant de son propre chef de la Sécurité Sociale,
 - **L'adhésion du conjoint est fixée pour une durée minimale de 2 ans (sauf changement de situation de famille).**

CONDITIONS DE CHANGEMENT DE RÉGIME

Passage au régime sur-complémentaire :

Le salarié peut opter pour ce régime :

1. Au 1^{er} janvier de chaque année si la demande est présentée avant le 1^{er} novembre de l'exercice précédant.
2. En cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, veuvage...).
3. En cas de perte d'emploi du conjoint ou en cas de radiation du conjoint du régime collectif de son ex-employeur (prise en compte de la perte d'emploi du conjoint).

L'adhésion au régime sur-complémentaire est figée pour 2 ans **sauf changement de situation de famille**

Cas 2 et 3 : la demande justifiée doit être présentée **à votre service RH** dans les 3 mois qui suivent l'événement pour être recevable et les nouvelles garanties prennent effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

Passage au régime de base :

Le salarié peut demander le retour au régime de base :

1. Au 1^{er} janvier de chaque année si la demande est présentée avant le 1^{er} novembre de l'exercice précédant et si l'assuré peut justifier de **2 ans** d'affiliation à la précédente option.
2. En cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, veuvage...).
3. En cas de perte d'emploi du conjoint ou en cas de radiation du conjoint du régime collectif de son ex-employeur (prise en compte de la perte d'emploi du conjoint).
4. En cas d'affiliation du conjoint à un régime collectif obligatoire par son employeur.

Cas 2, 3, et 4 : la demande justifiée doit être présentée dans les 3 mois qui suivent l'événement pour être recevable et les nouvelles garanties prennent effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

MODALITÉS DE RADIATION DU CONJOINT

Le salarié peut demander la radiation de son conjoint :

1. Au 1^{er} janvier de chaque année si la demande est présentée avant le 1^{er} novembre de l'exercice précédant et si le conjoint peut justifier de **2 ans** d'affiliation
2. En cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, veuvage...).
3. En cas de perte d'emploi du conjoint
4. En cas d'affiliation du conjoint à un régime collectif obligatoire par son employeur.

Cas 2, 3, et 4 : la demande justifiée doit être présentée dans les 3 mois qui suivent l'événement pour être recevable et les nouvelles garanties prennent effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

La durée minimum d'adhésion du conjoint est de 1 an (sauf changement de situation de famille ou perte d'emploi pour le conjoint).

VOS GARANTIES

Certaines prestations sont soumises à la production de justificatifs : nous vous invitons à consulter la page 14 « justificatifs à transmettre pour vous faire rembourser »

Les frais engagés sont remboursés, acte par acte, en complément de la Sécurité sociale, **dans la limite des frais réels**, à concurrence de :

	REGIME DE BASE		REGIME OPTIONNEL sous déduction le cas échéant des garanties du régime de base	
HOSPITALISATION - Médicale, Psychiatrique, Chirurgicale et Obstétrique (i)				
	Secteur Conv.	Secteur Non Conv.	Secteur Conv.	Secteur Non Conv.
Hospitalisation chirurgicale	100% FR - RBT SS	90% FR - RBT SS dans la limite de 500% BR et au minimum 175% BR	-	-
Chirurgie (ADC) hors chirurgie dentaire	100% FR - RBT SS		-	-
- Médecins adhérents OPTAM-CO	100% FR - RBT SS		-	-
- Médecins non adhérents OPTAM-CO	200% BR - RBT SS		100% FR - RBT SS	90% FR - RBT SS dans la limite de 500% BR
Hospitalisation médicale	100% FR - RBT SS	90% FR - RBT SS dans la limite de 500% BR et au minimum 175% BR	-	-
Chambre particulière y compris maternité	5 % PMSS par jour		6% PMSS par jour	
Lit d'accompagnement (enfant de - 16 ans ou handicapé)	100% FR les 5 premiers jours puis 2% PMSS par jour les jours suivants		-	
SOINS MEDICAUX COURANTS				
Visites, consultations de généralistes				
- Médecins adhérents OPTAM	250% BR		-	
- Médecins non adhérents OPTAM	200% BR - RBT SS		250% BR	
Visites, consultations de spécialistes				
- Médecins adhérents OPTAM	400% BR		-	
- Médecins non adhérents OPTAM (*)	200% BR - RBT SS		400% BR	
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (ATM) et actes d'échographie (ADE)				
- Médecins adhérents OPTAM	100% FR - RBT SS		-	
- Médecins non adhérents OPTAM (*)	200% BR - RBT SS		100% FR - RSS	500% BR
Actes d'imagerie (ADI) - Radio				
- Médecins adhérents OPTAM	100% FR - RBT SS		-	
- Médecins non adhérents OPTAM (*)	200% BR - RBT SS		100% FR - RSS	500% BR
Analyses de labo. prises en charge	100% FR - RSS	500% BR	-	-
Auxiliaires médicaux	100% FR - RSS	500% BR	-	-
Médecines nouvelles : Acupuncture, Ostéopathie, Chiropractie (****)	40€ par séance dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste		50€ par séance (limité à 5 séances / an et par bénéficiaire)	
PHARMACIE				
pris en charge par la sécurité sociale	100% TM		-	
Vaccins pris en charge par la SS et inscrits dans le calendrier vaccinal	100% TM		-	
Sevrage tabagique (sur prescription médicale)	50€ par an et par bénéficiaire		-	
TRANSPORT				
pris en charge par la sécurité sociale	100% BR		-	

VOS GARANTIES

	REGIME DE BASE	REGIME OPTIONNEL sous déduction le cas échéant des garanties du régime de base	
OPTIQUE Réseau Santéclair	Dans la limite de : Adulte : un équipement tous les deux ans sauf changement de défaut visuel, à compter de la date d'achat Enfant : un équipement tous les ans, à compter de la date d'achat		
Verres	Voir Grille Optique 1 paire de verres tous les 2 ans (délai réduit à 1 an pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue)	-	
Montures	150€ 1 monture tous les 2 ans (délai réduit à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue)	-	
Lentilles de contact y compris jetables, remboursées par la SS (***)	10% PMSS par an et par bénéficiaire	-	
Lentilles de contact y compris jetables, non mais prescrites médicalement	10% PMSS par an et par bénéficiaire	-	
Chirurgie réfractive non prise en charge par la SS	800 € par œil par an et par bénéficiaire (y compris astigmatisme et hypermetropie)	-	
DENTAIRE			
Soins dentaires (hors inlay onlays) Y compris Chirurgie dentaire (ADC)	100% TM	-	
Inlays Onlays	400% BR	-	
Actes d'imagerie (ADI) - Radio			
- Médecins adhérents OPTAM	100% FR - RBT SS	-	
- Médecins non adhérents OPTAM (*)	200% BR - RBT SS	100% FR - RSS	500% BR
Vernis fluoré par dent	50 €	-	
Test salivaire	80 €	-	
Actes et Scanner (tomodensitométrie) pré-implantaires (wax up, guide chirurgical)	100 €	-	
Orthodontie prise en charge par la SS			
Orthodontie non prise en charge par la SS (**) (Base TO 90 par semestre)	500% BR	-	
Orthodontie - Contention prise en charge ou non par la SS (**)			
Orthodontie - Autres actes pris en charge par la SS			
Couronne ou inter de bridge (prise en charge ou non par la SS (**))			
Couronne sur implant ou inter de bridge sur implant	550% BR	-	
Bridge trois éléments			
Couronne transitoire (y compris provisoire sur implant)			
Inlay Core pris en charge ou non par la SS	400% BR	-	
Appareil amovible définitif prise en charge par la SS			
Autres prothèses dentaires prises en charge par la SS (y compris gouttière d'occlusion)	550% BR	-	
Implant racine	800 € par acte (limité à 2 actes / an et par bénéficiaire)	-	
Piliers implantaires	600 € par acte (limité à 2 actes / an et par bénéficiaire) dont pilier provisoire dans la limite de 100€/acte dans la limite de 2/an	-	
Parodontologie prise en charge par la SS	100% TM	-	
Parodontologie non prise en charge par la SS	590 € par an et par bénéficiaire	-	

VOS GARANTIES

	REGIME DE BASE	REGIME OPTIONNEL sous déduction le cas échéant des garanties du régime de base
AUTRE		
ORTHOPEIDIE / PROTHESES NON DENTAIRES - Prothèses médicales prises en charge par la SS - Prothèses auditives prises en charge par la SS - Orthopédie prise en charge par la SS	500% BR	-
CURE THERMALE		
Cure thermale prise en charge par la SS	20% PMSS	-
ASSISTANCE		
	Contactez GENERALI Tél : 01.41.85.92.34 24h/24 - 7j/7	

BR : Base de Remboursement

TM : Ticket modérateur

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale soit 3 269 € en 2017

(i) Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés.

Les frais d'hospitalisation liés à l'accouchement sont pris en charge, y compris les frais de chambre particulière, dans les limites de remboursements définie ci-dessus.

Les séjours en sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérium, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la sécurité sociale sont compris dans la garantie.

*) conformément à la réglementation sur les contrats responsables, à effet du 1er janvier 2017, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif du contrat d'accès aux soins sera limitée à 100% du tarif de sécurité sociale et devra nécessairement être inférieure à celle des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ce dispositif.

(**) les actes dentaires correspondant à des actes hors nomenclature ou à des actes ne respectant pas les dispositions de nomenclature générale des actes professionnels ne sont pas remboursés.

(***) dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements suivants s'effectueraient sur la base de 100% TM

(****) les actes doivent être effectués par des spécialistes habilités et inscrits auprès d'associations ou sur une liste reconnue professionnellement ou par l'Etat.

GRILLE OPTIQUE

Remboursement complémentaire (par verre) limité à :

		REGIME DE BASE			
		CLASSE DE VERRES		HORS RESEAU	DANS LE RESEAU SANTECLAIR
Adultes	sphère de 0 à 4 et cylindre ≤ 2	Unifocal	70 €	100% FR - le RSS dans les limites du contrat responsable	Comprenant les traitement possibles suivants : - Antireflet - organique durci - amaïncissement (sans lim) - teinte - photocromisme - précalibrage pour les hypermétropes
	sphère de 0 à 4 et cylindre > 2 et sphère de 4,25 à 6 et cylindre ≤ 2	Unifocal	100 €		
	sphère de 4,25 à 6 et cylindre > 2 et sphère de 6,25 à 8 et cylindre ≤ 2	Unifocal	130 €		
	sphère de 6,25 à 8 et cylindre > 2 et sphère $\geq 8,25$ quel que soit le cylindre	Unifocal	220 €		
	sphère de 0 à 4 et cylindre ≤ 2	Multifocal	180 €		
	sphère de 0 à 4 et cylindre > 2 et sphère de 4,25 à 6 et cylindre ≤ 2	Multifocal	220 €		
	sphère de 4,25 à 6 et cylindre > 2 et sphère de 6,25 à 8 et cylindre ≤ 2	Multifocal	260 €		
	sphère de 6,25 à 8 quel que soit le cylindre	Multifocal	300 €		
	sphère $\geq 8,25$ quel que soit le cylindre ou verres sphériques > 4	Multifocal	300 €		
Enfants	sphère de 0 à 4 et cylindre ≤ 2	Unifocal	60 €		
	sphère de 0 à 4 et cylindre > 2 et sphère de 4,25 à 6 et cylindre ≤ 2	Unifocal	90 €		
	sphère de 4,25 à 6 et cylindre > 2 et sphère de 6,25 à 8 et cylindre ≤ 2	Unifocal	110 €		
	sphère de 6,25 à 8 et cylindre > 2 et sphère $\geq 8,25$ quel que soit le cylindre	Multifocal	200 €		

COMMENT LIRE UNE GRILLE OPTIQUE ?

Grâce à la mise en place de la grille optique dans votre contrat frais de santé, les remboursements varient en fonction du besoin médical de l'assuré. En effet, plus la correction est importante plus le prix du verre est élevé. Les défauts visuels définissent des classes auxquelles sont associées les garanties proposées.

Correction visuelle	Défaut visuel	Adultes		Enfants	
		Verres unifocaux	Verres multifocaux	Verres unifocaux	Verres multifocaux
de 0 à 4 dioptries et cylindre < 2	Petite myopie ou petite hypermétropie avec ou sans léger astigmatisme	Classe 101	Classe 111	Classe 201	Classe 204
de 0 à 4 dioptries et cylindre > 2	- Petite myopie ou Petite hypermétropie avec fort astigmatisme	Classe 102	Classe 112	Classe 202	
de 4,25 à 6 dioptries et cylindre < 2	- Moyenne myopie ou moyenne hypermétropie avec ou sans léger astigmatisme				
de 4,25 à 6 dioptries et cylindre > 2	- Moyenne myopie ou hypermétropie avec fort astigmatisme	Classe 103	Classe 113	Classe 203	
de 6,25 à 8 dioptries et cylindre < 2	- Forte myopie ou forte hypermétropie avec ou sans léger astigmatisme	Classe 104	Classe 114	Classe 204	
de 6,25 à 8 dioptries et cylindre > 2	- Forte myopie ou hypermétropie avec fort astigmatisme				
> à 8,25 dioptries, quel que soit le cylindre	- très forte myopie ou hypermétropie sans ou avec astigmatisme quel que soit son degré de gravité				

Prescription de l'ophtalmologue

Limite de consommation :

Adulte : un équipement tous les deux ans sauf changement de défaut visuel, à compter de la date d'achat

Enfant : un équipement tous les ans, à compter de la date d'achat

Options non incluses : teinte solaire et photochromisme (verre qui teinte au soleil)

Avantage :

Soyez remboursé en fonction de votre défaut visuel !

LES JUSTIFICATIFS À TRANSMETTRE POUR VOUS FAIRE REMBOURSER



Tous les justificatifs de remboursements peuvent nous être envoyés par photo ou scan via votre espace client monespace.verspieren.com

sauf :

- si les actes/soins ne sont pas pris en charge par le régime obligatoire (excepté pour les consultations de médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, etc. inférieures à 80 €) ;
- si les actes/soins concernent l'hospitalisation ;
- ou si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission avec le régime obligatoire.

Dans ce cas, il est nécessaire de nous adresser les originaux de vos factures par courrier à l'adresse suivante :

Verspieren
Service Frais de santé
BP 30 200
59446 Wasquehal Cedex

Important : nous pouvons être amenés dans le cadre de notre délégation de gestion à vous réclamer les originaux de vos factures, aussi nous vous remercions de bien vouloir conserver ces documents pendant un délai de 2 ans.

À SAVOIR

Effectuez vos demandes de remboursement dans les 2 ans maximum après la date des soins. Au-delà, nous ne pouvons plus intervenir.

Le renouvellement de votre équipement optique est limité à un équipement tous les 2 ans (à date de consommation) pour les adultes (sauf changement de défaut visuel) et un équipement tous les ans pour les enfants.

POUR VOS ENFANTS DE + 18 ANS

Tous les ans, envoyez-nous les certificats de scolarité de vos enfants de plus de 18 ans ou tout document justifiant leur situation, pour qu'ils continuent à être couverts.

LES DÉFINITIONS

Depuis le 1^{er} janvier 2017, l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) a remplacé le Contrat d'accès aux soins (CAS). Comme pour le CAS, les médecins signataires de l'OPTAM s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de 100 % de dépassements d'honoraires et à réduire ou stabiliser leur taux de dépassement d'honoraires.

VOTRE MÉDECIN EST ADHÉRENT À L'OPTAM ?

Vous bénéficiez d'une meilleure prise en charge de vos dépassements d'honoraires pratiqués par votre médecin (si votre contrat frais de santé prévoit la prise en charge des dépassements).

VOTRE MÉDECIN N'EST PAS ADHÉRENT À L'OPTAM ?

Vous disposez d'une prise en charge limitée de vos dépassements d'honoraires pratiqués par votre médecin.

COMMENT SAVOIR SI VOTRE MÉDECIN EST ADHÉRENT OU NON À L'OPTAM ?

1. Vous pouvez interroger directement votre médecin.
2. Vous trouverez également l'information sur le site de l'Assurance-maladie : **annuaire.sante.ameli.fr**

BR (base de remboursement) : tarif applicable par les médecins et par certains établissements (hôpitaux, cliniques, etc.) dispensant des actes médicaux qui ont signé une convention avec la Sécurité sociale.

CAS (contrat d'accès aux soins) : ce contrat est signé entre l'assurance maladie et certains professionnels de santé (médecins généralistes et spécialistes, y compris du secteur hospitalier).

FR (frais réels) : montant des honoraires payés aux professionnels de santé ou des dépenses engagées chez l'opticien, à la pharmacie.

PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale) : somme forfaitaire sur laquelle sont assises certaines cotisations sociales ou prestations. Il est fixé pour l'année 2017 à 3 269 €.

RSS (remboursement Sécurité sociale) : somme effectivement remboursée par la Sécurité sociale correspondant à un pourcentage variable suivant l'acte médical. Le pourcentage est toujours appliqué à la base de remboursement, qui peut être différente des frais réellement engagés.

TM (ticket modérateur) : différence entre le tarif appliqué par la Sécurité sociale (« base de remboursement ») et le remboursement effectué par celle-ci.

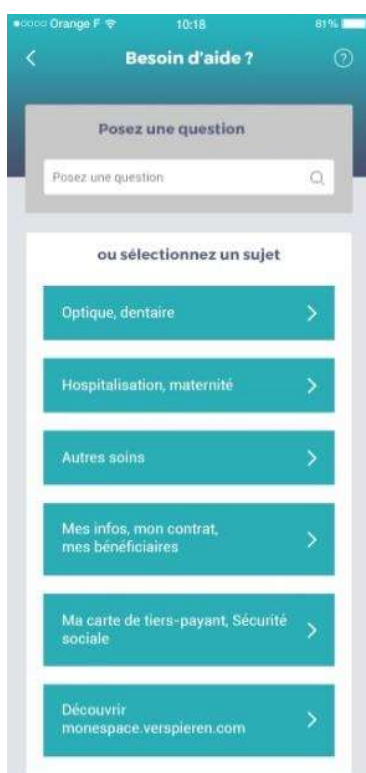
SC (secteur conventionné) : ensemble des praticiens et des établissements médicaux ou hospitaliers qui ont signé une convention de tarif avec la Sécurité sociale.

SNC (secteur non conventionné) : à l'inverse, ensemble des praticiens et des établissements qui n'ont pas signé de convention de tarif avec la Sécurité sociale.

VOTRE ESPACE CLIENT : MONESPACE.VERSPIEREN.COM

AVANTAGE

Recevez en temps réel l'information sur vos remboursements grâce aux décomptes électroniques adressés automatiquement par e-mail.



Vous bénéficiez d'un espace santé personnel et sécurisé sur **monespace.verspieren.com**

La connexion au site est sécurisée et garantit la confidentialité des informations et des opérations réalisées.

Ce site regroupe toutes les informations de votre contrat santé et vous offre de nombreux services pour effectuer vos démarches en ligne.

GÉREZ VOTRE SANTÉ EN QUELQUES CLICS

Vous pouvez vous connecter 24h/24 pour :

- consulter vos remboursements en temps réel ;
- télécharger votre carte de tiers-payant ;
- suivre vos demandes de remboursement en attente de pièces complémentaires, ainsi que vos accords de prise en charge/devis en cours ;
- réaliser en ligne votre prise en charge hospitalière avec un envoi automatique à l'établissement de santé concerné ;
- envoyer en un seul clic vos justificatifs de remboursement ;
- mettre à jour vos données personnelles (bénéficiaires, adresse postale, e-mail, coordonnées bancaires, etc.).

PROFITEZ DE NOUVEAUX SERVICES

N'hésitez pas à utiliser les nouveaux services de votre espace client. Une aide en ligne répondra directement à toutes vos questions.

Vous souhaitez plus d'informations ? Contactez-nous par tchat sur votre espace client (du lundi au vendredi de 8h à 18h) !

L'APPLICATION : MON ESPACE VERSPIEREN

L'APPLICATION SUR ANDROÏD ET SUR IPHONE

Pensez à télécharger
l'application Verspieren sur
l'App Store et sur Play Store.



Gratuite, elle vous permet de vous connecter à Verspieren à n'importe quel moment, où que vous soyez !

- **Consultez vos remboursements frais de santé :** date de règlement, type d'acte, montant remboursé par la Sécurité sociale et par Verspieren.
- **Bénéficiez de l'analyse de vos remboursements de santé :** par période et par bénéficiaire.
- **Trouvez rapidement un professionnel de santé** (pharmacien, opticien, dentiste...) partout en France et prenez RDV en ligne.
- **Téléchargez votre carte de tiers-payant et votre livret de garanties.**
- **Accédez à vos informations personnelles :** coordonnées, bénéficiaires, RIB et garanties.
- **Contactez rapidement Verspieren** par tchat.

LA CONSULTATION DE VOS REMBOURSEMENTS

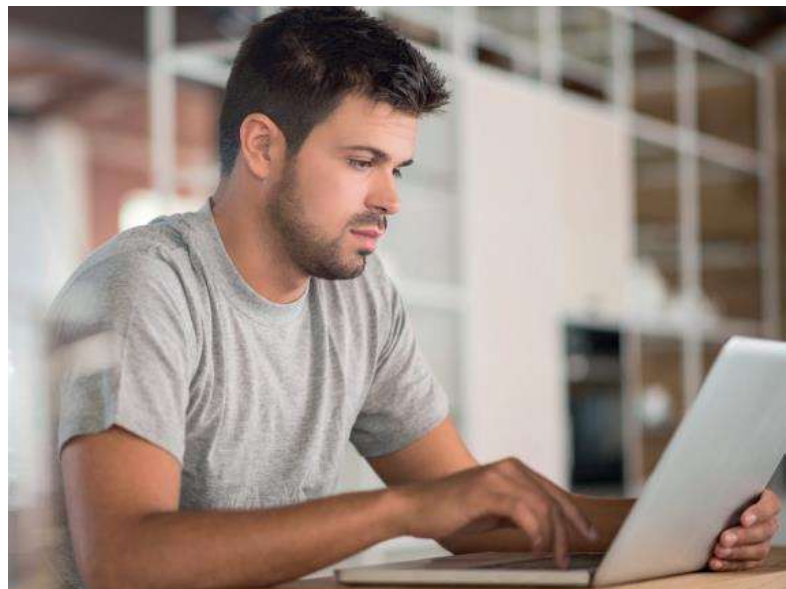
AVANTAGE

Recevez en temps réel l'information sur vos remboursements.

Le site web de vos frais de santé :
monespace.verspieren.com

LES DÉCOMPTES

Après avoir renseigné votre adresse e-mail sur votre espace client Verspieren, rubrique Mon profil, vous recevrez les décomptes frais de santé directement par e-mail, quel que soit le montant remboursé.



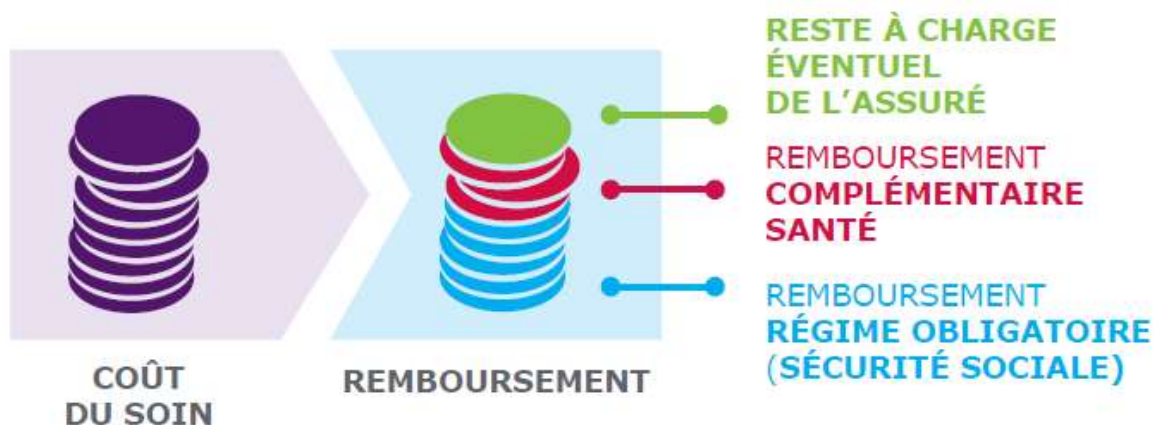
LES INFOS SMS

Soyez informés en temps réel de vos remboursements importants !
Après avoir renseigné votre numéro de téléphone portable sur votre espace client Verspieren, vous recevrez un SMS lorsque des prestations importantes vous seront versées.

COMMENT COMPRENDRE LES REMBOURSEMENTS SANTÉ ?

Connaître le remboursement de la Sécurité sociale ou le montant de votre reste à charge peut s'avérer assez complexe. C'est pourquoi Verspieren vous guide dans la compréhension du système de santé.

Quel est le fonctionnement du paiement d'une consultation chez un professionnel de santé ? Lorsque vous réglez la consultation de votre médecin, trois acteurs interviennent : le régime obligatoire (Sécurité sociale), votre complémentaire santé Verspieren et vous (l'assuré).



EXEMPLE

Un remboursement = 100 % BR*

Une garantie égale à 100 % BR ne signifie pas que vous serez remboursé à 100 % de votre dépense totale.

100 % BR signifie que Verspieren prend en charge jusqu'à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale si les garanties sont exprimées en complément des prestations de la Sécurité sociale.

Dans cet exemple, si votre médecin applique le tarif de base de la Sécurité sociale, vous serez remboursé intégralement (à l'exception des franchises médicales).

**BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale dont la liste est disponible sur le site www.ameli.fr*

LE TIERS-PAYANT

AVANTAGE

Évitez l'avance de vos frais de santé !



ASTUCES

Si le tiers-payant n'est pas effectué sur la part complémentaire, vous devez alors payer le ticket modérateur. Pensez à demander les justificatifs de paiement et à les adresser à Verspieren pour remboursement.

Conservez précieusement les cartes de tiers-payant qui vous ont été envoyées.

FINI L'AVANCE DES FRAIS !

Dès votre adhésion, vous recevez les attestations de tiers-payant pour vous et vos ayants droit, et pour chaque bénéficiaire immatriculé à la Sécurité sociale. Vous pouvez bénéficier du tiers-payant pour les postes suivants :



OPTIQUE



PHARMACIE



LABORATOIRE



HÔPITAL



AUXILIAIRE
MÉDICAL



SOIN
EXTERNE



RADIOLOGIE

En présentant votre attestation ainsi que votre carte Vitale aux professionnels de santé, vous n'avez pas d'avance de frais à faire pour les postes cités, à condition que les soins soient prescrits par votre médecin et pris en charge par la Sécurité sociale.

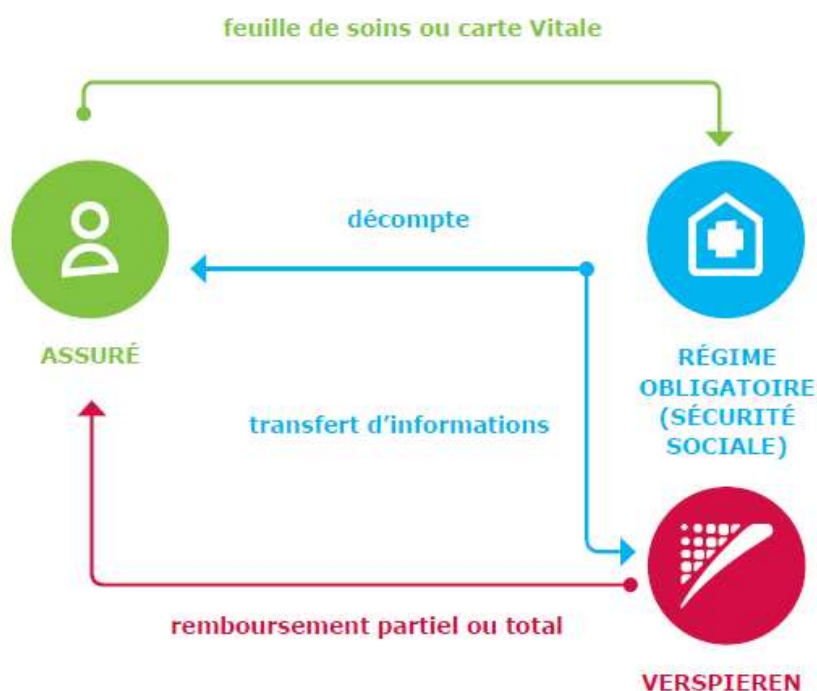
À noter : les professionnels de santé n'ont pas l'obligation de pratiquer ce service. Le tiers-payant n'est pas opérationnel si vous avez refusé la télétransmission.

Votre carte de tiers-payant est téléchargeable sur votre espace client : monespace.verspieren.com

LA TÉLÉTRANSMISSION

FAITES-VOUS REMBOURSER !

La télétransmission est la liaison informatique entre la Sécurité sociale et Verspieren, ce qui vous évite l'envoi des feuilles des soins au régime obligatoire (Sécurité sociale).



Si le message « Transmis à votre organisme complémentaire Verspieren » est précisé sur votre décompte, le processus de télétransmission est enclenché. Si aucun message n'apparaît, faites parvenir vos décomptes originaux à Verspieren, à l'adresse suivante :

VERSPIEREN
Service Frais de santé
BP 30200
59446 Wasquehal Cedex

Vérifiez le statut de votre télétransmission sur www.ameli.fr

AVANTAGE

Simplifiez vos démarches administratives et bénéficiez de remboursements plus rapides !

ASTUCE

Pensez à nous informer de toute modification susceptible de perturber la liaison entre la Sécurité sociale et votre enfant, en nous adressant une copie de votre nouvelle attestation Vitale.

À SAVOIR

Ce système de gestion par télétransmission n'est pas opérationnel pour :

- les conjoints déjà bénéficiaires de la télétransmission dans le cadre d'un autre contrat ainsi que les enfants qui leur sont rattachés ;
- certains régimes autres que le régime général.

Dans ce cas, pensez à adresser les décomptes originaux à Verspieren. Si vous ne faites pas partie des cas ci-dessus et que vous n'avez pas la télétransmission, prenez contact avec Verspieren pour la mettre en place. Vous pouvez néanmoins nous transmettre par courrier les décomptes de remboursements originaux délivrés par le régime obligatoire ainsi que les factures ou pièces complémentaires nécessaires au remboursement.

SANTÉCLAIR : UN RÉSEAU EFFICACE !

Santéclair, partenaire de Verspieren, est un organisme spécialisé dans la gestion des risques santé. Il a développé un réseau national de professionnels de santé partenaires, s'engageant à proposer des prestations de qualité à des tarifs encadrés pour une meilleure maîtrise de votre budget santé.

Le service Santéclair :

- diminue vos dépenses de santé ;
- vous assure des soins de qualité ;
- vous informe et conseille sur les solutions les plus adaptées à vos besoins de santé.

Aller chez un professionnel de santé membre du réseau Santéclair, c'est être vigilant sur vos dépenses de santé!

ASTUCE

Découvrez la vidéo des services Santéclair



ZOOM SUR QUELQUES AVANTAGES DU RÉSEAU

Chez l'opticien

- Le tiers-payant optique.
- 40 % par rapport au prix moyen du marché sur l'intégralité des gammes de verres.
- 15 % de remise sur toutes les montures.
- Des services privilégiés, etc.

Chez l'ostéopathe

- Des partenaires sélectionnés selon des critères rigoureux pour garantir un réseau de qualité.
- Des tarifs négociés.
- Un gain de temps au niveau de vos éventuels remboursements.

Chez le dentiste

- Le tiers-payant dentaire pour vos dépenses les plus importantes.
- Des traitements adaptés à vos besoins et des tarifs préférentiels sur les prothèses dentaires (de -15 à -20 %) et sur les traitements d'orthodontie, etc.

Chez l'audioprothésiste

- 35 % par rapport au prix moyen du marché sur l'intégralité des gammes d'appareils auditifs.
- 10 % de remise sur les assistants d'écoute, les produits d'entretien, les bouchons et les accessoires.
- Une garantie panne de 4 ans.

Pour les prestations en dehors du réseau Santéclair, vous pouvez également demander à votre professionnel de santé de profiter du tiers-payant **TP+**.

L'ACCÈS AU RÉSEAU

(OPTICIENS, DENTISTES, OSTÉOPATHES ET AUDIOPROTHÉSISTES)

CAS 1 : JE CHOISIS UN PARTENAIRE SANTÉCLAIR ET JE N'AVANCE AUCUN FRAIS POUR LA PART COMPLÉMENTAIRE

1. Pour connaître les adresses des opticiens, dentistes, ostéopathes et audioprothésistes partenaires, connectez-vous avec vos identifiants sur votre espace client Verspieren **monespace.verspieren.com** ou téléphonez au **09 69 32 03 89** (appel non surtaxé).
2. Rendez-vous chez le partenaire Santéclair de votre choix et présentez-lui votre carte de tiers-payant.
3. Choisissez avec le professionnel de santé la solution la plus adaptée à vos besoins.
4. Dans la limite de votre garantie, vous n'avez rien à payer pour la part complémentaire. Si le praticien utilise votre carte Vitale, vous n'avez pas d'avance de frais à effectuer. Dans le cas contraire, vous serez remboursé par la suite.

DEVIS DENTAIRE OU PRISE EN CHARGE OPTIQUE

Pour obtenir un devis dentaire ou une prise en charge optique, rien de plus simple ! Contactez-nous : sur votre espace client **monespace.verspieren.com** et envoyez-nous les documents nécessaires (devis ou demande de prise en charge). Nous vous répondrons sous 5 jours maximum.

CAS 2 : JE CONSERVE MES HABITUDES EN ME RENDANT CHEZ MON PROFESSIONNEL DE SANTÉ ET JE BÉNÉFICIE DU SERVICE D'ANALYSE DE DEVIS

Si vous ne souhaitez pas vous rendre chez un partenaire Santéclair, vous pouvez bénéficier du service d'analyse de devis pour l'optique, le dentaire, l'ostéopathie ou l'audioprothèse. Cela vous permet de vérifier que votre dépense est adaptée à vos besoins, tout en payant le juste prix.

AVANTAGES

Profitez d'un réseau de professionnels de qualité et n'avancez aucun frais !



Pour les devis et prises en charge chez un partenaire Santéclair, vous pouvez également nous contacter :

- par téléphone au **09 69 32 03 89**
- par e-mail à **devis@santeclair.com**

DÉMARCHES ET PRISES EN CHARGE HORS RÉSEAU SANTÉCLAIR

QUELLES SONT LES DÉMARCHES À ACCOMPLIR ?

1. Envoyez le devis complété par votre praticien :
 - via votre espace client **monespace.verspieren.com**
 - par e-mail à : devis@santeclair.fr
2. Si le tarif proposé est conforme au prix généralement pratiqué, un courrier vous sera adressé précisant le calcul détaillé de votre remboursement et votre éventuel « reste à charge ».
3. Si le tarif proposé est excessif par rapport au prix habituellement constaté, un consultant praticien Santéclair vous téléphonera pour vous restituer l'analyse de votre devis. À votre demande, il pourra se mettre en relation avec votre professionnel de santé pour trouver la meilleure solution.

PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

(LORS D'UNE HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE DANS UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE CONVENTIONNÉ(E))

Pour obtenir une prise en charge hospitalière, c'est facile ! Contactez-nous sur votre espace client **monespace.verspieren.com** et effectuez votre demande en ligne (Démarches/Demande/Demander une prise en charge hospitalière). La prise en charge sera envoyée directement à l'hôpital ou à la clinique.

Une confirmation vous sera adressée par e-mail.

AVANTAGE

Soyez sûr(e) que votre dépense soit adaptée à votre besoin et qu'il n'y ait aucun abus tarifaire !



Pour obtenir un devis dentaire ou une prise en charge optique/hospitalière en-dehors du réseau Santéclair, contactez-nous :

– par e-mail : adp@verspieren.com

– par téléphone au : 03 20 45 33 33

DES SERVICES COMPLÉMENTAIRES À VOTRE DISPOSITION !

LA GÉOLOCALISATION

L'outil de géolocalisation permet d'accéder rapidement aux coordonnées des partenaires Santéclair (opticiens, dentistes, audioprothésistes et ostéopathes) et de vérifier si un professionnel fait partie du réseau.



L'OUTIL WEB D'INFORMATIONS HOSPITALIÈRES

Ce service apporte aux patients les informations utiles dans les domaines de la cancérologie, de l'obstétrique et de la chirurgie pour vous permettre de faire un choix avisé lors d'une hospitalisation (analyse du devis et des dépassements éventuels demandés, consultation du palmarès des meilleurs établissements).



LES CONSEILS SUR L'AUTOMÉDICATION

Santéclair guide les assurés dans leur processus d'automédication en mettant à leur disposition une information comparative et indépendante sur plus de 3000 médicaments accessibles sans prescription médicale.



DES AVANTAGES SUPPLÉMENTAIRES

Afin de réduire vos dépenses en optique, Santéclair vous propose deux sites Internet sur lesquels vous profitez de conditions avantageuses.

WWW.LENTILLES-MOINS-CHERES.COM

lentillesmoinscheres.com

Vous y trouverez des lentilles de qualité moins chères.
De plus, les frais de transport sont offerts !
Le code de réduction est à renseigner lors du récapitulatif de la commande. : **VER2011590.**

WWW.HAPPYVIEW.FR

 **HAPPYVIEW.fr**

Le site de référence de la vente de lunettes !
Ce site propose des prix attractifs à partir de 39 € pour un équipement en verres unifocaux et 99 € pour des verres multifocaux. La garantie casse est offerte !

POUR CONTACTER VERSPIEREN, RIEN DE PLUS SIMPLE !

ASTUCE

Pour gagner du temps lors de vos appels, pensez à préparer le numéro de Sécurité sociale de la personne concernée par les soins.

À SAVOIR EN CAS DE DEMENAGEMENT

Vous déménagez ?
Communiquez-nous
vos nouvelles coordonnées !
Pour cela, rendez-vous sur
votre espace client
monespace.verspieren.com
Si vous changez de caisse
d'Assurance maladie, n'oubliez
pas de nous adresser
une copie de la nouvelle
attestation Vitale.

Pour toute information concernant les bénéficiaires, la télétransmission, les remboursements, vous pouvez :

- consulter **votre espace client Verspieren** en vous connectant à :

monespace.verspieren.com

- contacter notre **service relations-assurés** :
 - **par téléphone** : 03 20 45 33 33 du lundi au vendredi de 8h00 à 18h00 (tarif local)
 - ou **par e-mail** : adp@verspieren.com
 - ou **par tchat** sur votre espace client monespace.verspieren.com (du lundi au vendredi de 8h à 18h)
 - ou par fax au : **03 20 45 33 19**

Notre adresse postale :

Verspieren
Service Frais de santé
BP 30200 – 59446 Wasquehal Cedex

Conformément à la réglementation, pour toute réclamation, nous vous invitons à contacter Verspieren :

- par e-mail : adp@verspieren.com ;
- ou par téléphone : 03 20 45 33 33.

Verspieren s'engage à en accuser réception sous dix jours ouvrables maximum et à répondre dans un délai maximum de 2 mois. En application de l'article L. 156-1 du Code de la consommation, le Médiateur de l'Assurance est compétent pour intervenir sur tout litige n'ayant pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement introduite auprès des services de votre courtier. Il peut être saisi par e-mail : Le.mediateur@mediation-assurance.org ou par courrier : La Médiation de l'Assurance - Pôle CSCA - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09



Santé
Prévoyance

