

Hélium

Gestionnaire Santé et Prévoyance

Guide de l'assuré

A photograph of a bright, modern office reception area. In the foreground, two white cylindrical planters hold purple orchids. In the background, a man in a dark suit stands at a white reception counter, looking at a document. A large green plant is visible on the right side of the frame. The floor is dark grey, and the walls are white.



VOS GARANTIES

BASE	SURCOMPLEMENTAIRE 1
Régime responsable Les remboursements interviennent en complément du remboursement la Sécurité Sociale dans la limite des frais engagés	Régime non responsable Les remboursements interviennent en complément du remboursement la Sécurité Sociale dans la limite des frais engagés et sous déduction du régime de base

Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :

HOSPITALISATION (1)				
Frais de séjour		En établissement conventionné	200 %BRSS	400 %BRSS
		En établissement non conventionné (2)	200 %BRSS	400 %BRSS
Honoraires		Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 %BRSS	400 %BRSS
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %TM + 100 %BRSS	100 %TM + 380 %BRSS
Forfait journalier hospitalier (3) Non remboursé par la Sécurité sociale			100 %Frais Réels	100 %Frais Réels
Chambre particulière (4) Non remboursé par la Sécurité sociale				
		Par nuitée	3 %PMSS	5 %PMSS
		Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	3 %PMSS	5 %PMSS
Lit d'accompagnant (4) Non remboursé par la Sécurité sociale				
		Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans - par nuitée	1,50 %PMSS	2 %PMSS
		Bénéficiaire handicapé - par nuitée	1,50 %PMSS	2 %PMSS

DENTAIRE (5)				
Soins et prothèses 100 % Santé**		À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	sans reste à payer (12)	sans reste à payer (12)
Soins				
		Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire	100 %BRSS	200 %BRSS
		Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	350 %BRSS	400 %BRSS
		Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	20 %PMSS	30 %PMSS
Prothèses autres que 100 % Santé				
		Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (hors inlay-onlay, inlay-core, bridge)	350 %BRSS	500 %BRSS
		Inlay-onlay	350 %BRSS	500 %BRSS
		Inlay-core	350 %BRSS	500 %BRSS
		Bridge	350 %BRSS	500 %BRSS
Implantologie				
		Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire - 2 implants, par an et par bénéficiaire	20 %PMSS	30 %PMSS
Orthodontie (7)				
		Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	300 %BRSS	400 %BRSS
		Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire, limité à 4 semestres	300 %BRSS	400 %BRSS

OPTIQUE				
Équipement 100 % Santé** (classe A)			sans reste à payer (12)	sans reste à payer (12)
Équipement autre que 100 % Santé (classe B)				
Dans le réseau SANTECLAIR (9) tarifs négociés et reste à charge minoré				
		par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ à 16 ans*****	100 %Frais Réels	100 %Frais Réels
		par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ à 16 ans*****	100 %Frais Réels	100 %Frais Réels
		par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ à 16 ans*****	100 %Frais Réels	100 %Frais Réels
		par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ à 16 ans*****	100 €	200 €
		par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans*****	100 %Frais Réels	100 %Frais Réels
		par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans*****	100 %Frais Réels	100 %Frais Réels
		par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans*****	100 %Frais Réels	100 %Frais Réels
		par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans*****	80 €	100 €
Hors réseau SANTECLAIR (9)				
		par verre simple de 0 à 4 et cylindre ≤ 2 - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ à 16 ans*****	60 €	70 €
		par verre simple de 0 à 4 et 2 < cylindre ≤ 4 & de 4,25 à 6 et cylindre ≤ 4 - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ à 16 ans*****	85 €	100 €
		par verre complexe de 0 à 6 et cylindre > 4 & de 6,25 à 8, q.q.s. le cylindre - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ à 16 ans*****	110 €	130 €
		par verre complexe ≥ à 8,25, q.q.s le cylindre - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ à 16 ans*****	190 €	220 €
		par verre complexe de 0 à 4 et cylindre ≤ 2 - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ à 16 ans*****	150 €	170 €
		par verre complexe de 0 à 4 et 2 < cylindre ≤ 4 & de 4,25 à 6 et cylindre ≤ 4 - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ à 16 ans*****	190 €	220 €
		par verre complexe de 0 à 6 et cylindre > 4 & de 6,25 à 8, q.q.s. le cylindre - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ à 16 ans*****	230 €	260 €
		par verre très complexe ≥ à 8,25, q.q.s le cylindre - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ à 16 ans*****	280 €	320 €
		par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ à 16 ans*****	100 €	200 €
		par verre simple de 0 à 4 et cylindre ≤ 2 - par bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans*****	45 €	60 €
		par verre simple de 0 à 4 et 2 < cylindre ≤ 4 & de 4,25 à 6 et cylindre ≤ 4 - par bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans*****	75 €	90 €
		par verre complexe de 0 à 6 et cylindre > 4 & de 6,25 à 8, q.q.s. le cylindre - par bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans*****	100 €	110 €
		par verre très complexe ≥ à 8,25, q.q.s le cylindre - par bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans*****	120 €	200 €
		par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans*****	80 €	100 €
Lentille				
		Lentille prescrite remboursée par la Sécurité sociale (10)	10 %PMSS	10 %PMSS
		Lentille prescrite, y compris jetable, non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (10)	10 %PMSS	10 %PMSS
Chirurgie optique réfractive				
		Par œil, par an et par bénéficiaire	350 €	350 €

AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille				
Jusqu'au 31/12/2020 :				
		Aide auditive - par an et par bénéficiaire	30 %PMSS	40 %PMSS
Accessoires et fournitures			2% PMSS	3% PMSS
À compter du 01/01/2021 :				
Équipement 100 % Santé** (classe I****)		Renouvellement par appareil tous les 4 ans	(sans reste à payer) (13)	(sans reste à payer) (13)
Équipement autre que 100 % Santé** (classe II****)		Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	30 %PMSS	40 %PMSS
Accessoires et fournitures			2% PMSS	3% PMSS

SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultation / visite / consultation en ligne				
chez un généraliste		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %BRSS	200 %BRSS
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	80 %BRSS	200 %BRSS
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	100 %TM + 100 %BRSS	100 %TM + 370 %BRSS
chez un spécialiste		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 %BRSS	400 %BRSS
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	100 %TM + 100 %BRSS	100 %TM + 370 %BRSS
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	100 %TM + 100 %BRSS	100 %TM + 370 %BRSS
chez un neuropsychiatre		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 %BRSS	200 %BRSS
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	100 %TM + 100 %BRSS	100 %TM + 370 %BRSS
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	100 %TM + 100 %BRSS	100 %TM + 370 %BRSS
chez un professeur		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 %BRSS	200 %BRSS
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	100 %TM + 100 %BRSS	100 %TM + 370 %BRSS
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	100 %TM + 100 %BRSS	100 %TM + 370 %BRSS
Actes techniques médicaux				
		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 %BRSS	400 %BRSS
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	100 %TM + 100 %BRSS	100 %TM + 370 %BRSS
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	100 %TM + 100 %BRSS	100 %TM + 370 %BRSS
Actes d'imagerie médicale				
		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %TM	100 %TM + 100 %BRSS
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 %TM	100 %TM + 100 %BRSS
Honoraires paramédicaux				
Analyses et examens de laboratoire			100 %TM	100 %TM
Matériel médical		Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	300 %BRSS	400 %BRSS
Frais de transport sanitaire		Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (11)	100 %TM	100 %TM

	Cures thermales				
	Remboursées par la Sécurité sociale	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	10 %PMSS	25 %PMSS	
	Médicaments				
		Médicaments remboursés à 65%	100 %TM	100 %TM	
		Médicaments remboursés à 30%	100 %TM	100 %TM	
		Médicaments remboursés à 15%	100 %TM	100 %TM	
		Contraception non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	(non concerné)	4 %PMSS	
		Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	3 %PMSS	6 %PMSS	
	Médecine additionnelle et de prévention (14)	Consultation diététicien enfant - 12 ans	30 € maximum	50 € maximum	
		Ostéopathie et Chiropractie dans la limite de 4 séances / an / bénéficiaire	40 €	60 €	
		Dépistage Hépatite B	100% TM	100% TM	
		Ostéodensitométrie bénéficiaire dont l'âge est >= 45 ans, max 59 eurs - par an	75 € maximum	75 € maximum	
	AUTRES POSTES	Prestation globale annuelle achat prothèses externes liées au traitement du cancer	400€ par an, au-delà de ce montant la garantie est de 100% BR pour les prestations remboursées par la SS		
		Pilule contraceptive prescrite non remboursée		50 €	

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire. PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €).

* **Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique)** : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement : **dispositif 100 % Santé** par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur.

(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(5) Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20 % comparées aux prestations versées sur accord de prise en charge. La minoration de 20 % des prestations hors accord de prise en charge préalable ne concernent pas la ligne « Soins dentaires ».

(7) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(8) En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée.

(9) Les prestations dans le réseau **SANTECLAIR** et hors réseau ne sont pas cumulatives. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée a minima au ticket modérateur.

(10) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(11) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(12) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(13) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

(14) Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursée par la Sécurité sociale

Test de vue en téléconsultation

Quoi ?

Un opticien en ligne pour prendre soins de votre vision, sans vous déplacer



Prévention visuelle et conseil

- Réalisation d'un test d'acuité en téléconsultation
- Obtention d'un bilan d'acuité



Conférence de sensibilisation

- Bien-être visuel
- Travail sur écran
- Yoga des yeux



Accompagnement personnalisé

- Aide à la prise d'un RDV ophtalmologiste
- Entretien des lunettes et lentilles



Renouvellement d'équipement optique

- Essayage virtuel avec plus de 600 montures
- Zéro reste à charge
- Livraison à domicile

Quand ?

Consultation sur rendez-vous du lundi au vendredi
De 9h à 17h

Comment prendre RDV ?

1

Accéder à la plateforme dédiée à la prise de RDV :

<https://app.cevidentia.com/c/ipeca>



2

Choisissez votre motif de consultation et sélectionnez un créneau préférentiel

- Test de vue : bilans préventifs et conseils personnalisés
- Besoin de lunettes : Essayez et renouvelez vos lunettes en ligne
- Besoin de lentilles
- Entretien des lunettes : un accompagnement suite à votre commande

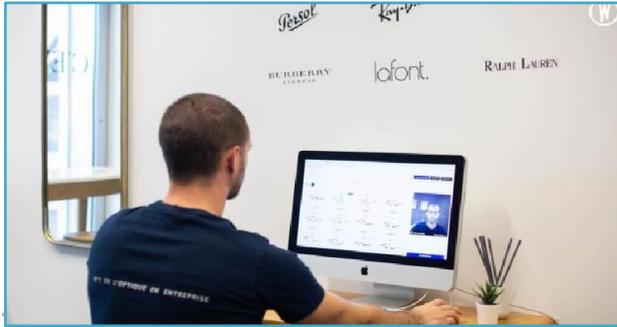
3

Renseignez vos coordonnées et confirmez la prise de RDV

Vous recevez, ensuite, un mail de confirmation contenant le lien d'accès à la visioconférence

Test de vue en téléconsultation

4 Laissez-vous guider et accompagner par votre opticien en ligne lors du RDV



Le service de support C'Evidentia reste à votre disposition pour tout problème technique ou besoin d'accompagnement :

- Par tél au : **01 41 13 66 01**
- Par courriel : sav@cevidentia.com
- Par courrier au : **33 rue Traversière, 92100 Boulogne-Billancourt**

Téléconsultation médicale

Un service de consultation médicale à distance pour des problèmes de santé courants

Une équipe mobilisée 24/7 au cœur de la crise

90+

Professionnels de santé formés à la télémedecine et encadrés

→ Médecins généralistes

→ Médecins spécialistes

→ Diagnostic

→ Ordonnance

Accessible par écrit, téléphone et vidéo

30+

Spécialités médicales (médecine du sport, Gynécologie, ORL, cardiologie...)



MÉDECIN INSCRITS
AU CNOM



PARTOUT, OÙ
QUE VOUS SOYEZ



24/24
7/7



CONFIDENTIEL
ET SÉCURISÉ

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

Comment prendre RDV ?

Rendez-vous sur le site www.medecindirect.fr ou sur l'application gratuite MédecinDirect disponible sur App Store et Google Play

Créez votre compte en utilisant le code d'activation UTC6398401

Connectez-vous avec votre identifiant et le mot de passe
Renseignez le code de validation que vous recevrez par email ou SMS selon votre choix

Une fois votre compte créé, validez votre identité
Cette étape est obligatoire si vous souhaitez pouvoir recevoir une ordonnance

Décrivez les symptômes et échangez avec un médecin par écrit, téléphone ou vidéo. Vous obtenez une e-ordonnance ou un diagnostic, si nécessaire

Le compte MédecinDirect **est strictement personnel**. Cependant, si vous avez rattaché un ou des ayants droit à votre mutuelle, ces derniers peuvent bénéficier des services de MédecinDirect.

Second avis médical

Un service vous permettant d'accéder rapidement à un expert médicale en cas de maladies lourdes et/ou graves, ou de prise de décision médicale importante



Participant à date :

+170 médecins experts pour l'avis médical
+ 450 pathologies

Comment ça marche ?

7 JOURS



Je crée mon compte sur <https://www.deuxiemeavis.fr/ipeca>

Vous serez reconnu en tant que bénéficiaire

J'indique mon problème et visualise les médecins experts qui peuvent me répondre

Je constitue en ligne le dossier médical personnalisé de ma situation

Le médecin expert analyse mon dossier et échange avec moi si besoin via une messagerie sécurisée

J'obtiens un Compte Rendu Signé par le médecin expert que je peux partager avec mon médecin traitant

Service accessible 24H/24 et 7J/7 à distance

Pour tout problème technique lié à la plateforme ou besoin d'accompagnement pour accéder au service, redirigez-vous vers le service de support :

- 01 81 80 00 48 du lundi au vendredi de 10h à 19h
- Formulaire par mail : <https://www.deuxiemeavis.fr/contact.html>

Assistance

*Des services d'assistance avantageux pour l'ensemble de ses bénéficiaires
Avec une approche personnalisée de la délivrance de prestations* adaptée
à vos besoins*

Les + :



- Hospitalisation ambulatoire
- Hospitalisation à domicile, dont la radiothérapie ou/et chimiothérapie en traitement à domicile
- Hospitalisation ou immobilisation prévue
- Soutien psychologique
- Informations juridiques, administratives et pratiques

Renfort des garanties ?

- **Chaque bénéficiaire** (dont ayants droit) peut bénéficier d'une enveloppe de services et d'aides à domicile
- Les enveloppes « livraison des médicaments et matériels médicaux » et « Services et aides à domicile » sont **cumulables**
- **Soutien psy : prise en charge de 3 entretiens téléphonique et jusqu'à 12 séances en cabinet**
- **Prestation illimitée et utilisable à tout moment** pour les conseils santé, social, juridique, administratives et pratiques, ainsi que la mise en relation des réseaux de prestataires agréés « services à la personne »

Comment y accéder ?

Besoins d'assistance ? Ligne téléphonique disponible 24h/24 et 7j/7

- Depuis la France au 01 40 25 58 12 (Appel non surtaxé)
- Depuis l'Étranger au +33 140 25 58 12
- Accès sourds et malentendants :

<https://accessibilite.votreassistance.fr> (24 h/24 et 7j/7)

Veillez indiquer lors de votre appel* :



- Le nom de l'entreprise et le numéro du contrat souscrit 922775
- Les nom et prénom du Bénéficiaire
- L'adresse exacte du Bénéficiaire
- Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

* Veillez trouver les détails et conditions d'utilisation de l'enveloppe de services dans la notice d'information

Ecoute psychologique

En cas de :

- Choc émotionnel
- Conflits, incivilités
- Anxiété
- Burn-out
- Stress
- Retour au travail
- Difficultés familiales et de couple

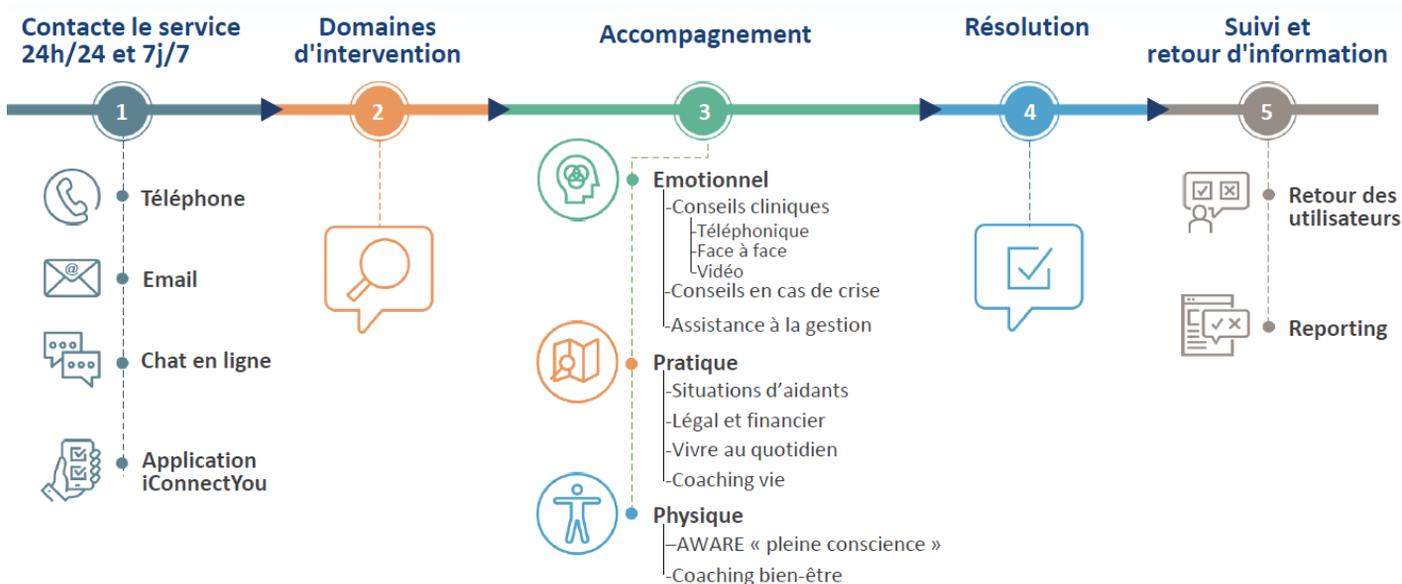
- ✓ Un service **confidentiel** d'Ecoute et de soutien psychologique
- ✓ **2** Plateformes d'écoute et d'orientation en face en face basées à Lille et à La Garenne Colombes
- ✓ Accessible en **24/7** par **N° vert** par des psychologues cliniciens
- ✓ Relayés par le **1^{er}** réseau spécialisé de psychologues en France
- ✓ Gestion de situations personnelles et professionnelles
- ✓ Des modes d'accès multiples avec différentes modalités d'accompagnement

Jusqu'à 6 sessions par an et par salarié

Comment y accéder ?

Accessible en 24/7 par le N° Vert : **0 800 00 67 01**

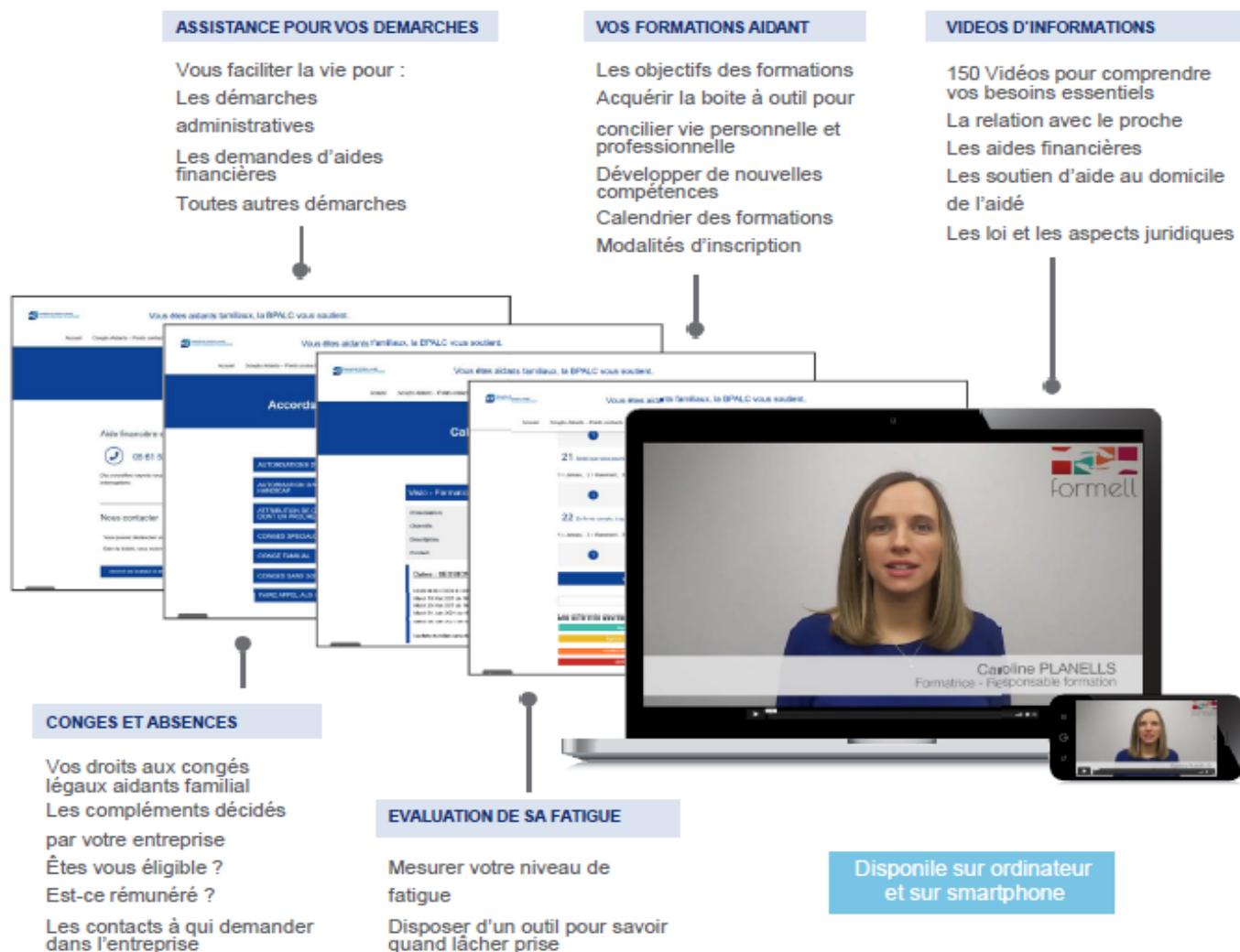
⇒ Veuillez indiquer lors de votre appel : Le nom de votre entreprise



Aide aux aidants – Plateforme d'information

Une plateforme d'information et d'accompagnement aux aidants « Formell Web App »

- Sensibilisation et informations vers les salariés aidants (vidéos, contenus...)
- Prévention et premier soutien : dispositifs légaux, assistance psychologique, assistance aux démarches administratives et/ou financières, évaluation du niveau de fatigue



Comment y accéder ?

Une plateforme dédiée aux aidants 24h/24 et 7j/7

Validez votre code d'entreprise :

1 UPH-453GM894 via le lien suivant avant l'inscription : <https://assistance.formell.fr/inscription-ipeca/>

2 Complétez le formulaire d'inscription en utilisant **votre adresse mail professionnel** et sélectionnez votre entreprise dans la liste d'entreprises

Action sociale

L'action sociale est **un engagement de l'institution IPECA envers ses adhérents, correspondant à ses valeurs et traduisant son implication dans les domaines liés à leur métier.**

- Agissant en complément des garanties, l'action sociale offre un **accompagnement social**, elle permet d'**aider** les salariés et leurs familles dans les moments difficiles, et de **soutenir** leurs projets.
- **Individuelle ou collective**, sous forme de **subventions ou de services**, l'action sociale recouvre un large champ d'interventions.



L'action sociale est accessible à toute personne ayant souscrit par l'intermédiaire de son entreprise un contrat de Frais de Santé auprès d'IPECA Prévoyance.

Les dispositions

- **4 commissions annuelles**
- **Enveloppe budgétaire** décidée chaque année par le Conseil d'Administration, modulable selon la volumétrie et la nature des demandes, par exemple pour 2020 enveloppe budgétaire utilisée de 100K€
- **Demande d'aide concernant la couverture de frais de santé** (maladies graves ou traitements lourds tels que les implants dentaires) et présentant un **caractère d'urgence** sociale ou de secours sont examinés par la Commission
- **Les aides peuvent être reconduites sur 2 ans**
- **Un reste à charge est laissé au demandeur**
- **Déblocage des fonds au plus tard au 31 décembre** de l'exercice suivant sur présentation des factures

Les exclusions

- X Le soutien scolaire
- X Aides purement financières
- X Le financement des aides ménagères
- X La dépendance et les risques liés à la dépendance

Constitution du dossier

Les pièces nécessaires à l'étude du dossier :

- **Courrier d'intention du demandeur**
- **Les trois derniers bulletins de salaire du foyer**
- **Le dernier avis d'imposition du foyer**
- **L'état des charges mensuelles du foyer**
- **Justification médicale de la demande** (avis médical, certificat médical)
- **Justificatif handicap** (MDPH, autres)
- **Justification ou attestation aides d'autres organismes**
- **Devis ou factures**

- Les dossiers sont étudiés par une équipe formée au secret médical
- Les dossiers sont étudiés dans le respect de la confidentialité des données personnelles
- Une équipe à l'écoute des besoins

Comment ?

Un référent privilégié reste à votre disposition

Par téléphone : 01 56 56 48 15



Par mail : cmouillevois@ipeca-msae.fr



Par Courrier:



IPECA

Service Action sociale

A l'attention de M. Christophe MOUILLEVOIS

5 rue Paul Barruel

75040 PARIS CEDEX 15



VOTRE RÉSEAU DE SOINS
SANTÉCLAIR

SANTÉCLAIR, des services de spécialistes

Avec Santéclair, vous bénéficiez d'un vrai repère santé pour vous accompagner dans toutes les étapes de votre parcours de santé, vous donner accès à des soins et des équipements de qualité au meilleur prix et vous redonner le pouvoir de décider et de faire les bons choix.

Les avantages du réseau Santéclair

EN DENTAIRE

Un réseau de **2 550 partenaires**.

- Les meilleurs soins au meilleur prix :
 - Des honoraires négociés **(-15 à -20%)*** sur les prothèses dentaires, l'implantologie dentaire et l'orthodontie.
 - Des **tarifs privilégiés** pour des actes de prévention et des actes esthétiques, comme le blanchiment des dents.
 - **50 chirurgiens-dentistes qualifiés** en implantologie dentaire avec à leur disposition des **plateaux techniques spécifiques**.
 - Tous les actes nécessaires à l'implantologie **jusqu'à 40% moins chers**.
 - Un certificat de **traçabilité**.
 - Des **conseils** sur les règles d'hygiène et la prévention.
- Le **Tiers-Payant** : simple et pratique, pas d'avance de frais.

*Par rapport au prix moyen du marché. Comparaison entre les tarifs négociés chez les professionnels de santé partenaires Santéclair et les tarifs pratiqués par les professionnels de la santé en 2017-2018.

EN OPTIQUE

Un réseau de **3 030 partenaires**.

- Des tarifs préférentiels et des services privilégiés :
 - Tarifs jusqu'à **40% inférieurs** aux prix moyens du marché sur l'intégralité des gammes de verres et traitements de 3 grands verriers.
 - **15% de remise sur toutes les montures** du magasin et sur les autres produits (solaire, basse vision, produits d'entretien...).
 - Pour les petits budgets : **OFFRECLAIR** avec :
 - soit un forfait verres + monture (50 € en unifocal, 200 € en progressif),
 - soit verres + monture libre (20 € le verre en unifocal et 80 € le verre en progressif).
 - Des **tarifs préférentiels** sur les **lentilles**.
 - Des **services privilégiés** comme la garantie casse sans franchise valable 2 ans, la garantie « satisfait ou échangé » valable 3 mois, un bilan visuel systématique inclus en cas de renouvellement, une politique de services étendue (comme un espace bout'chou ou la livraison à domicile à vérifier dans Mysanteclair).
 - Un engagement sur des offres **de 2^{ème} paire de qualité à prix négociés**.
- Le **Tiers-Payant** : simple et pratique, pas d'avance de frais.

EN AUDIOPROTHÈSE

Un réseau de **900 partenaires**.

- Des tarifs négociés, sur l'intégralité des gammes d'appareils auditifs, **environ 35% moins chers, 0 € de reste à charge** sur les piles et **10% de remise** sur les accessoires*.
- Une **période d'essai** de la prothèse de 30 jours. Après la période d'essai, garantie « satisfait ou échangé » valable un mois.
- Le **suivi d'appareillage** (réglages et entretien de l'appareil) durant toute la durée de vie de l'appareil, un kit de démarrage offert ou encore des facilités de paiement du reste à charge.
- Le **Tiers-Payant** : simple et pratique, pas d'avance de frais.

**Pour un équipement standard sur la base de l'utilisation d'une pile par semaine par équipement et du remboursement du forfait par la Sécurité sociale.*

EN DIÉTÉTIQUE

Un réseau de **400 partenaires**.

- Des tarifs préférentiels en moyenne **15 % inférieurs** aux prix du marché.
- Des **conseils hygiéno-diététiques personnalisés**.
- Un **acte de soin nutritionnel** adapté à vos besoins.
- Des services de qualité dans le **respect des bonnes pratiques**.

EN CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Un réseau de **40 centres**.

- Des tarifs négociés **30% inférieurs** aux prix du marché sur différentes techniques de pointe, comme la consultation pré-opératoire, pour les opérations de la myopie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie et de la presbytie.
- Le **Tiers-Payant** : simple et pratique, pas d'avance de frais.
- Les **soins post-opératoires** sont **inclus** dans les tarifs négociés.

EN RÉSEAUX OSTÉOPATHES ET CHIROPRACTEURS

Un réseau de **300 partenaires**.

- Des tarifs de séances négociés en moyenne **10 à 15% inférieurs** à ceux du marché.
- Des **partenaires de qualité** sélectionnés en fonction de leur formation et de leur expérience.

Vous n'avez pas à envoyer votre note d'honoraires à votre complémentaire santé, Santéclair s'en charge si votre garantie prévoit le remboursement.

Exemples de remboursement		Hors réseau	Réseau Santéclair	Economie	
Optique Équipement de marque avec monture (panier libre)	Monture	145 €	116 €	29 €	-20%
Dentaire Pose d'une couronne céramo-céramique sur incisive et d'un inlay core (panier libre)	Couronne céramo-céramique	665 €	399 €	266 €	-40%
	Inlay Core sans clavette	350 €	210 €	140 €	

VOS SERVICES SANTÉCLAIR

Un accompagnement dans toutes les étapes de votre parcours santé pour les petits bobos, les gros pépins ou pour retrouver la forme :

Service d'automédication :

Pratiquez l'automédication en toute sérénité avec les conseils de professionnels. Près de 2 000 médicaments référencés en fonction de leur efficacité et de leur tolérance.

Recherche de médecins généralistes ou spécialistes :

Prenez rendez-vous en ligne ou par téléphone avec un médecin généraliste ou spécialiste et obtenez les informations nécessaires (accès PMR, carte Vitale, conventionnement...).

Télémédecine :

Besoin de consulter rapidement ? Accédez à un service de téléconsultation 24h/24 avec la délivrance d'ordonnance*.
**Mesdocteurs n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence contactez le 15.*

Service de 2ème avis médical :

En cas de maladie grave ou invalidante, bénéficiez d'une nouvelle analyse de votre diagnostic par un médecin certifié à partir de votre dossier médical.

Palmarès hospitalier :

Accédez au classement des meilleurs établissements par pathologie.

Entretien & forme :

Besoin de reprendre une activité sportive ? Trouvez le coach sportif qui correspond à vos besoins près de chez vous et bénéficiez de 5% de remise sur vos cours quelle que soit la formule choisie.

Service d'analyse de devis en optique, dentaire, audio ou chirurgie :

Faites analyser le devis remis par votre praticien et vérifiez que votre dépense de santé est adaptée à vos besoins tout en payant le prix habituellement pratiqué dans votre région. Obtenez une analyse en 72h.

Comment bénéficier des services Santéclair ?

Pour accéder à vos services Santéclair, rendez-vous sur Mysantéclair accessible via votre espace Assuré Hélium, rubrique « Mon espace Santéclair ».

- Faites compléter par votre praticien le formulaire « devis » disponible sur votre espace santé de notre site internet : www.helium.fr
- Pour l'analyse de vos devis vous pouvez adresser vos demandes :
 - **Par courrier** : 7 Mail Pablo Picasso - CS 74606 - 44046 Nantes Cedex 1
 - **Par mail** : devis@santeclair.fr

Pour toutes questions concernant les services Santéclair, composez le **0820 20 20 37**

Retrouvez en ligne sur votre espace Assuré, une rubrique dédiée aux informations relatives à votre réseau de soins.

Via cet espace, vous pouvez facilement et rapidement trouver un professionnel de santé partenaire près de chez vous. Ces partenaires pourront vous faire bénéficier du Tiers-Payant, vous évitant ainsi l'avance des frais de santé engagés.



SOMMAIRE

QUI SOMMES-NOUS ?

COMMENT NOUS CONTACTER ?

VOTRE ESPACE ASSURÉ

LA GESTION DE VOTRE CONTRAT

Votre adhésion

Attestation de Tiers-Payant

Tiers-Payant généralisé

Télétransmission

Remboursement de vos soins

Prise en charge hospitalière

Devis optique, dentaire et audioprothèse

Contrôle des devis optiques et dentaires

Justificatifs / remboursements

La réforme 100% Santé

L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

Exclusions

Déclarer un changement de situation

Cessations des garanties / portabilité des droits

INFOS PRATIQUES

QUI SOMMES-NOUS ?



Hélium est une société française, basée à Reims, spécialisée dans la gestion de contrats **Santé** et **Prévoyance** pour le compte de courtiers et d'organismes assureurs.

Engagée dans une démarche de **confiance** auprès de ses nombreux clients et partenaires depuis plusieurs années, Hélium place l'intérêt de ses clients au centre de ses préoccupations.

Certifiée **ISO 9001** depuis 2009, Hélium conjugue **qualité, progrès** et **innovation** en développant toujours plus de solutions humaines et techniques dans le cadre de la **gestion de contrats d'assurance**.

À travers son engagement dans la Responsabilité Sociale et Environnementale (RSE), Hélium continue d'apporter à ses clients des réponses adaptées aux évolutions sociétales et réglementaires.

La **démarche RSE** déployée, permet de proposer une **offre de qualité responsable**, tout en assurant la **performance** et la **stabilité** d'Hélium.

NOS VALEURS

Respect

Intégrité

Transparence

Rigueur

HÉLIUM, EN QUELQUES CHIFFRES

720 000

bénéficiaires

220

collaborateurs

8/10

note attribuée
par les assurés*

9 000

entreprises gérées

350

partenaires courtiers

*Selon une enquête réalisée en 2020 sur un panel de 197 125 assurés.

COMMENT NOUS CONTACTER ?



VIA L'EXTRANET

Connectez-vous à <https://helium.gestion-sante.com> et rendez-vous sur la rubrique « **Nous contacter** » (retrouvez votre identifiant (le numéro adhérent) sur l'attestation de Tiers-Payant, Hélium vous laisse le soin de créer votre propre mot de passe lors de votre première connexion).



PAR EMAIL

Chaque service dispose d'une adresse email dédiée :

adhesion@helium.fr (pour finaliser votre adhésion et mettre à jour les informations relatives à votre contrat : modification de vos coordonnées bancaires ou téléphoniques, changement de situation...).

teletransmission@helium.fr (pour vérifier si vous bénéficiez de la télétransmission).

hospitalisation@helium.fr (pour toute demande de prise en charge hospitalière).

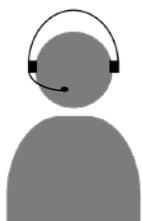
optique@helium.fr (pour toute demande relative aux soins optiques et transmission de devis optiques).

dentaire@helium.fr (pour toute demande relative aux soins dentaires et transmission de devis dentaires).

prestations@helium.fr (pour toute demande de remboursements et de renseignements concernant vos soins de radiologie, laboratoire, auxiliaires médicaux, médecines douces, pharmacie, consultations).



Pensez à nous renseigner aussi votre adresse email afin de faciliter nos échanges ! Vous avez la possibilité d'ajouter votre adresse email sur votre espace assuré.



PAR TÉLÉPHONE

Contactez le **03 26 61 24 61***.

Du lundi au jeudi de 08h00 à 12h30 et de 13h00 à 18h00.

Le vendredi de 08h00 à 12h30 et de 13h00 à 17h00.

*Le prix de la communication peut varier selon l'opérateur.

**NUMÉRO
NON-
SURTAXÉ***



PAR COURRIER

Adresse postale :

Hélium

4 rue Léon Patoux

CS 60007 - 51686 Reims Cedex 2



PAR FAX

03 26 61 24 62

VOTRE ESPACE ASSURÉ



LES SERVICES EN LIGNE

Hélium met à votre disposition un espace en ligne dédié et sécurisé, vous permettant, à tout moment, de suivre vos remboursements, modifier vos coordonnées, éditer une attestation de Tiers-Payant, rechercher un professionnel de santé près de chez vous...

Accéder à votre espace assuré

Connectez-vous à <https://helium.gestion-sante.com> avec vos codes d'accès transmis par Hélium (retrouvez votre identifiant de connexion sur le courrier accompagnant votre attestation de Tiers-Payant. Hélium vous laisse le soin de créer votre propre mot de passe lors de votre première connexion).

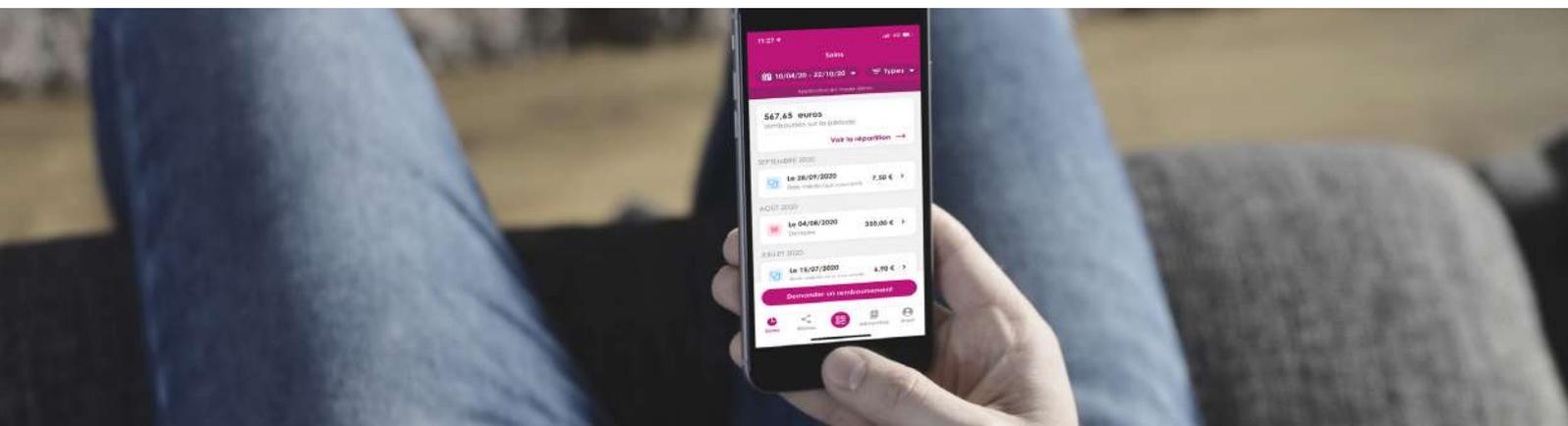


Les fonctionnalités

- **Consulter les remboursements réglés ou en attente pour vous et vos bénéficiaires**
- **Gérer votre profil**
Renseigner ou modifier votre adresse email, modifier vos coordonnées postales et téléphoniques, sélectionner les documents que vous souhaitez recevoir par email (décompte de prestations, attestation de Tiers-Payant, avis d'échéance de prime...).
- **Gérer vos coordonnées bancaires**
Renseigner ou modifier vos coordonnées bancaires pour le paiement des prestations mais aussi des cotisations (pour les assurés payant la cotisation directement à Hélium), avec la possibilité d'ajouter celles de vos bénéficiaires.
- **Accéder à votre contrat**
Consulter vos garanties, visualiser la liste de vos bénéficiaires, vérifier, pour chacun d'entre eux, l'état de la télétransmission.
- **Obtenir votre attestation de Tiers-Payant**
Demander un envoi par email, par courrier ou la télécharger directement, accéder à l'historique des attestations envoyées.
- **Demander une prise en charge hospitalière en ligne**
- **Nous transmettre des documents**
Nous faire parvenir en ligne : devis, factures et demandes de prises en charge ou tout autre document, via la rubrique « Nous contacter ».
- **Géolocaliser les professionnels de santé** dans le cadre du Tiers-Payant ou d'un réseau de soins si votre contrat le prévoit.
- **Accéder à une bibliothèque de documents**
Accéder à un ensemble de documents : guide pratique, fiches pratiques, devis vierges, résumé de garanties, FAQ...
- **Nous contacter**

Le petit + :
la gestion multi RIB !

VOTRE ESPACE ASSURÉ



L'APPLICATION MOBILE HÉLIUM

Hélium vous propose d'accéder à votre espace personnel directement via votre smartphone. L'application mobile HÉLIUM vous permet de simplifier vos démarches au quotidien, à tout moment et en tout lieu !



Disponible sur
Google play

Disponible sur
App Store

Grâce à cette application pratique, sécurisée et gratuite, vous pouvez accéder aux fonctionnalités de votre espace Assuré où que vous soyez.

Pourquoi télécharger l'application mobile d'Hélium ?

- Accédez à vos données en un clin d'oeil et notamment à vos remboursements santé en temps réel.
- Transmettre vos devis ou vos factures photographiés avec l'appareil photo de votre smartphone.
- Demander rapidement une prise en charge hospitalière.
- Disposez de votre attestation de Tiers-Payant où que vous soyez.
- Profitez du dispositif de géolocalisation pour trouver un professionnel de santé pratiquant le Tiers-Payant en fonction de votre position géographique.

Bon à savoir : l'identifiant et le mot de passe requis pour vous connecter à l'application sont identiques à ceux que vous utilisez habituellement pour vous connecter à votre espace Assuré.



LA GESTION DE VOTRE CONTRAT

VOTRE ADHÉSION



LE BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION (BIA) EN LIGNE

Simple et rapide, l'affiliation se fait désormais en quelques clics. Le délai de traitement des informations est réduit, l'outil est accessible sur ordinateur, tablette et smartphone, vous recevez votre attestation de Tiers-Payant sous 24h.

Le bulletin en ligne se remplit en 3 étapes :

ÉTAPE 1 - Se munir des documents suivants :

- Attestation de droits Sécurité sociale de chaque personne à assurer (afin de mettre en place la télétransmission).

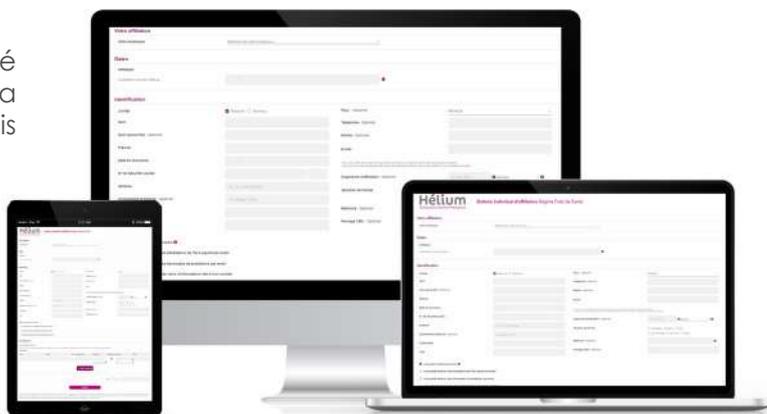
Vous aurez besoin du numéro de votre organisme d'affiliation.

- Relevé d'identité bancaire (RIB).



ÉTAPE 2 - Compléter votre bulletin d'affiliation en ligne

Connectez-vous à l'espace réservé aux assurés, via l'adresse URL qui vous a été transmise par votre service RH, puis complétez le bulletin en ligne.



ATTESTATION DE TIERS-PAYANT



Le Tiers-Payant vous dispense de l'avance des frais dans la limite de vos garanties. Dans ce cadre, une attestation vous est délivrée chaque année pour une validité d'un an. Elle vous permet de ne plus avancer certains frais (pharmacie, laboratoire, radiologie, auxiliaires médicaux...).

Sp santé **is** Soins Externes

N° AMC : 00401125
 Typ Conv : voir colonnes, CSR :
 N° adhérent : 1742879



ATTESTATION DE TIERS PAYANT
 HELIUM
 4, Rue Léon Patoux – CS 60007
 51686 REIMS Cedex 2

Période de validité :
 01/01/2020 au 31/12/2020

Assuré principal AMC : DUPONT Syntiche

DROITS EN LIGNE OUVERTS

N° contrat : 9048283

Bénéficiaires du tiers payant			Dépenses de santé concernées par le tiers payant (*)									
Nom - Prénom	Date de naissance - Rang	N°INSEE	Typ Conv	PHAR*	MED*	SVIL*	CSTE*	EXTE*	OPTI	AUDI	DENT	HOSP
				SP	SP	SP	SP	IS	SP	OC	OC	OC
DUPONT Alexandre	10/01/1978 1	1 78 01 60 159 067 66		100%	100%	100%	100%	100%	PEC	PEC	PEC	PEC
									(1)	(1)	(1)	

- L'attestation de Tiers-Payant, **valable un an** (du 1^{er} janvier au 31 décembre), vous est **envoyée une fois par an**.
- Une attestation de Tiers-Payant est également transmise automatiquement au conjoint. Pour vos autres ayants droit (enfants par exemple), il suffit d'en faire la demande à l'adresse : helium@helium.fr.
- L'attestation de Tiers-Payant **peut vous être transmise par email** en choisissant ce mode de réception sur votre espace assuré. Elle est **également téléchargeable** via ce même espace en ligne. Si vous souhaitez la recevoir par courrier, il suffit d'en faire la demande par email à helium@helium.fr, en précisant votre nom et numéro d'assuré (ou, à défaut, votre numéro de Sécurité sociale).
- Cette attestation vous permet, sur simple présentation, de **bénéficier d'une dispense d'avance des frais** sur la part prise en charge par l'Assurance maladie et la part prise en charge par la complémentaire santé.
- **Attention, certains professionnels de santé peuvent refuser de pratiquer le Tiers-Payant.**

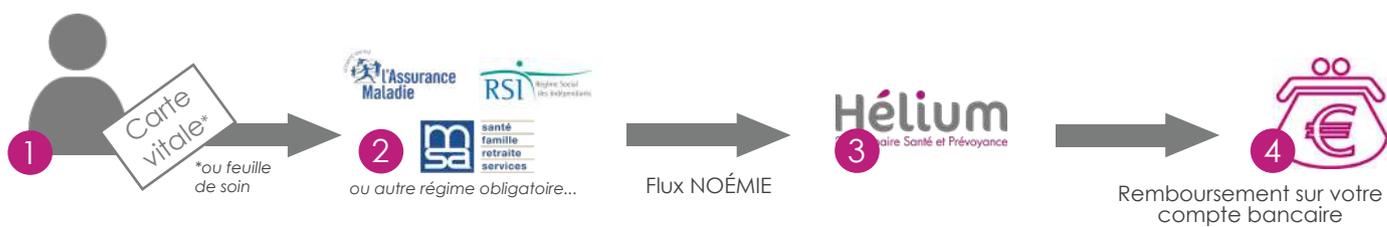
Le Tiers-Payant généralisé

Depuis le 1^{er} janvier 2017, le Tiers-Payant s'est généralisé à l'ensemble des professionnels de santé qui acceptent de le pratiquer. Votre attestation de Tiers-Payant Hélium vous permet d'en bénéficier. Sous réserve de l'accord du professionnel de santé, vous pouvez bénéficier d'une dispense d'avance d'une partie ou de la totalité des frais engagés.

TÉLÉTRANSMISSION



La télétransmission « NOÉMIE » vous permet de bénéficier de remboursements rapides en vous évitant de devoir transmettre vos décomptes à votre complémentaire santé.



Comment vérifier que la télétransmission est active ?

- Rendez-vous sur votre **espace assuré en ligne**, dans la rubrique « **Mes contrats** ». Pour chaque bénéficiaire, il est indiqué si la télétransmission est active ou non.
- Vous pouvez également obtenir un complément d'information via le site **www.ameli.fr** :
 - Connectez-vous à votre compte Ameli,
 - Rubrique « *Mes informations* »,
 - Cliquez sur « *Votre organisme complémentaire* ».

Si un **OUI** apparaît à côté du mot « *Télétransmission* », c'est qu'elle est active.

MA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	
Si vous constatez une erreur ou une omission dans la liste ci-dessous, veuillez prendre contact avec votre organisme complémentaire.	
BENÔT	26/07/1983
Votre organisme complémentaire	HÉLIUM
Télétransmission *	Oui

Que faire si la télétransmission n'est pas active ?

En cas de chevauchement de contrat, il convient de vous assurer de la déconnexion de votre ancien gestionnaire. Lorsqu'il s'agit d'un souci d'identification, il est nécessaire de nous fournir une attestation de droits actualisée.

En cas de télétransmission inactive, Hélium prend le soin de vous en informer et vous accompagne dans la résolution de ce problème.



Le fonctionnement de la télétransmission peut être perturbé si :

- vous déménagez et vous changez de caisse/centre de régime obligatoire,
- vos enfants sont inscrits sous votre numéro d'affiliation à l'Assurance maladie et aussi sous celui de votre conjoint,
- vous ou vos enfants changez de régime obligatoire.

REMBOURSEMENT DE VOS SOINS



Comment obtenir vos remboursements ?

● En cas de soins pris en charge par la Sécurité sociale :

Si vous bénéficiez de la télétransmission :

Vous n'avez aucune démarche à effectuer. À chaque soin réalisé, nous recevons automatiquement un décompte électronique de la part de votre régime obligatoire. Nous effectuons ensuite le virement sur votre compte bancaire.



Dans certains cas, il est nécessaire de nous transmettre des pièces justificatives pour effectuer le remboursement. Nous vous informons alors par email et via votre espace personnel, qu'un document doit nous être transmis. Vous pouvez retrouver les cas, nécessitant un justificatif, ci-après.

Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission :

Vous devez nous transmettre, par courrier, votre dossier comportant les décomptes transmis par votre régime obligatoire (voir adresse dans la rubrique « Comment nous contacter ? », de ce guide).

● En cas de soins non pris en charge par la Sécurité sociale :

En cas de soin non pris en charge par la Sécurité sociale, il est nécessaire de nous transmettre les factures acquittées par email ou par courrier (voir adresses dans la rubrique « Comment nous contacter ? », de ce guide).

Comment me faire rembourser si je bénéficie d'une première complémentaire ?

Si vous disposez d'une première complémentaire santé, il est nécessaire de nous faire parvenir les décomptes de votre première complémentaire en cas de reste à charge. Adhérer à deux complémentaires santé, n'entraîne nullement un double remboursement pour vos frais de santé. Le remboursement ne pourra excéder le montant de vos frais réels.

INFORMATIONS DÉCOMPTES

Recevez vos décomptes par email après chaque soin réalisé, ou trimestriellement par courrier.

Pour recevoir vos décomptes par email, il suffit de vous connecter à votre espace assuré pour opter pour ce mode de réception. Vous pouvez également télécharger un duplicata au format PDF, via votre espace personnel.

Les règlements sont réalisés au fur et à mesure des demandes avec un seuil de déclenchement de 5€.

Les remboursements inférieurs sont mis en attente, dans un délai de 6 mois maximum.

PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE



En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, vous pouvez bénéficier d'une dispense d'avance de frais à hauteur des garanties de votre contrat. Avant toute demande de prise en charge, il est conseillé de nous transmettre votre devis.

Comment connaître le montant pris en charge ?

En cas de dépassement d'honoraires, nous vous préconisons de nous soumettre vos devis avant votre hospitalisation. Nous pourrions alors vous donner le montant pris en charge par votre complémentaire santé, sous 48h.

Pour obtenir un devis vierge pour une anesthésie ou une chirurgie, il suffit de vous rendre sur votre espace assuré dans la rubrique « Analyse de devis ».

Comment demander une prise en charge hospitalière ?

● VIA VOTRE ESPACE ASSURÉ

Une demande de prise en charge hospitalière peut être effectuée sur votre espace Assuré, rubrique « **Demander une prise en charge hospitalière** » ou via l'application mobile. Un formulaire en ligne est mis à votre disposition. Une fois la demande validée, cette dernière est directement adressée à l'établissement hospitalier sous un délai de 48h ouvrées.

● PAR EMAIL, COURRIER OU FAX

Vous pouvez nous transmettre votre demande de prise en charge par email : hospitalisation@helium.fr ou par courrier et fax (se référer à nos coordonnées dans la rubrique « Comment nous contacter ? », du présent guide).

LE SAVIEZ-VOUS ?

Même en cas d'hospitalisation ambulatoire, nous vous préconisons de réaliser une demande de prise en charge.

Quelles sont les informations à communiquer ?

- Nom et prénom de l'assuré,
- Nom et prénom du bénéficiaire des soins,
- Numéro de Sécurité sociale du bénéficiaire des soins (à défaut de l'assuré),
- Date d'entrée et service concerné,
- Adresse, téléphone et numéro de fax de l'établissement hospitalier.

DEVIS OPTIQUE, DENTAIRE ET AUDIOPROTHÈSE



Le devis permet de calculer le montant restant à votre charge. Il permet aussi à Hélium de vous alerter en cas de tarif excessif pratiqué par les professionnels de santé.

Comment nous transmettre un devis ?

Lorsque le professionnel de santé vous établit un devis, il convient ensuite de nous l'adresser.

Pour nous transmettre vos devis, plusieurs solutions s'offrent à vous : envoi via votre **espace Assuré** ou via **l'application mobile**, rubrique « Nous contacter », envoi par **email**, par **courrier** ou par **fax**.

Comment obtenir un devis vierge ?

Des formulaires de devis optique, dentaire et audioprothèse sont à votre disposition sur votre espace assuré, dans la rubrique « **Analyse de devis** ».

Vous pouvez également les retrouver dans votre bibliothèque de documents.

Nos délais de traitement

- Les devis optiques sont traités sous un délai de 48h.
- Les devis dentaires et audioprothèses sont traités sous un délai de 5 jours maximum.



Si votre contrat bénéficie d'un réseau de soins (Itelis, Kalivia, Carte Blanche ou Santéclair), il convient de l'indiquer au professionnel de santé et de transmettre directement votre devis au réseau de soins concerné.

Retrouvez les coordonnées de votre réseau de soins, le cas échéant, en annexe de ce présent guide.

CONTRÔLE DES DEVIS OPTIQUES ET DENTAIRES



En optique

Les experts Hélium* effectuent des contrôles de devis afin de vérifier que le juste prix est appliqué pour vous éviter tout reste à charge. Bien entendu, lors de ces contrôles tarifaires, Hélium prend en compte les zones géographiques (ex : Île-de-France/Région PACA).

Un contrôle automatique est réalisé sur l'ensemble des devis ou prises en charge saisis. Lorsqu'une anomalie est détectée, le dossier est analysé par un opticien diplômé qui contacte le professionnel de santé afin de vérifier l'équipement proposé et négocie si besoin les tarifs.

À l'issue de la négociation, deux options sont possibles :

- L'opticien revoit les prix à la baisse et Hélium réalise l'accord de prise en charge ou le devis ;
- L'opticien refuse de revoir ses prix et Hélium refuse de réaliser le Tiers-Payant sur l'équipement (dans ce cas, vous pouvez réaliser l'avance des frais ou bien changer d'opticien).

Lorsqu'Hélium reçoit la facture, vous recevez directement le règlement à hauteur des garanties prévues dans votre contrat.

En dentaire

Hélium* effectue un contrôle pour les devis de plus de 5 000 €, afin de vérifier la cohérence des tarifs en fonction des actes.

Lorsque le devis (ou la facture) est supérieur à 10 000 €, Hélium réalise un contrôle plus approfondi avec validation avant de régler la facture.

*Si vous bénéficiez d'un réseau de soins, le contrôle de devis pourra éventuellement être réalisé par ce dernier.

! Réforme 100% Santé / Reste à charge zéro

Depuis la mise en conformité du reste à charge zéro des contrats, que ce soit en optique comme en dentaire, nous observons moins d'abus tarifaires au vu des plafonds de garanties mis en place.

JUSTIFICATIFS / REMBOURSEMENTS

Dans certains cas, des justificatifs doivent nous être transmis pour procéder au remboursement de vos soins :

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

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

Simplification des démarches !

Adressez vos justificatifs (ordonnances, factures, bordereaux de Sécurité sociale...) depuis **l'application mobile Hélium** ou **votre espace en ligne** en les prenant simplement en photo !

Si vous optez pour une copie, conservez vos originaux pendant deux ans.



LA RÉFORME 100% SANTÉ



Mise en place progressivement depuis le 1^{er} janvier 2019, la réforme 100% Santé doit permettre à tous les Français de bénéficier d'un « reste à charge 0 » sur certains équipements grâce aux « paniers de soins ».

Qu'est-ce que la réforme 100% Santé ?

Les Français ont tendance à renoncer aux soins pour des raisons financières. En cause : un reste à charge trop important, notamment pour les populations les plus fragiles. Le gouvernement a décidé de garantir le remboursement intégral par la Sécurité sociale et les complémentaires santé d'un « panier 100% Santé », composé d'une sélection d'équipements, d'ici 2023.

Quels sont les postes concernés par la réforme ?



Les soins auditifs

● Panier 100% Santé

Appareils pour tous types de défauts auditifs, services et entretiens inclus, avec aucun reste à charge appliqué en 2021.

● Panier Libre

Appareils de gamme supérieure, services et entretiens inclus, avec un reste à charge qui varie en fonction du niveau de garantie du contrat de complémentaire santé.



Les soins optiques

● Panier 100% Santé

Aucun reste à charge appliqué pour une monture choisie parmi une sélection, dotée de verres amincis, traités contre les reflets et les rayures, peu importe la correction.

● Panier Libre

Pour toutes les montures et verres en dehors de la sélection, le reste à charge dépend du niveau de garantie du contrat de complémentaire santé.



Les soins dentaires

● Panier 100% Santé

Aucun reste à charge appliqué sur les actes essentiels, selon les matériaux et la position de la dent.

● Panier RAC modéré

Reste à charge qui varie en fonction du niveau de garantie du contrat de complémentaire santé pour les actes non concernés par le 100% Santé mais encadrés par un Prix Limite de Vente.

● Panier Libre

Reste à charge qui varie en fonction du niveau de garantie du contrat de complémentaire santé pour les actes à forte technologie dont les honoraires restent libres.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Les professionnels de santé sont désormais dans l'obligation de proposer à tous les Français un panier de soins remboursé à 100% par la Sécurité sociale et les complémentaires santé.

OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE



Depuis le 1^{er} janvier 2017, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens) a remplacé le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Qu'est-ce que l'OPTAM ?

Cette convention médicale approuvée en 2016 organise les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

Dans le cadre des contrats responsables, les consultations et les actes médicaux sujets à des dépassements d'honoraires sont mieux remboursés si le médecin est adhérent à l'OPTAM. Étant mieux encadrés, les dépassements d'honoraires sont ainsi plus raisonnables. Le montant pris en charge par la complémentaire santé dépend du choix de l'assuré de consulter, ou non, un médecin adhérent à l'OPTAM, et du montant de la garantie de son contrat.

Désormais, les médecins s'organisent en deux catégories : les médecins conventionnés et les médecins non conventionnés.

Les **médecins conventionnés** (qui relèvent de la convention médicale) :

- Secteur 1 n'ayant pas souscrit à l'OPTAM : honoraires sans dépassement
- Secteur 1 ou 2 souscrivant à l'OPTAM : honoraires avec dépassements maîtrisés
- Secteur 2 n'ayant pas souscrit à l'OPTAM : honoraires avec dépassements non maîtrisés

Les **médecins non conventionnés** :

- Honoraires libres : un médecin non conventionné fixe ses propres tarifs.

Quels sont les objectifs du dispositif ?

- Favoriser l'accès aux soins,
- Limiter les dépassements d'honoraires,
- Permettre aux assurés d'être mieux remboursés par la Sécurité sociale et leur complémentaire santé,
- Réduire le reste à charge des assurés.

Comment savoir si son médecin est adhérent ?

- Se renseigner directement auprès de son médecin.
- Se rendre sur l'annuaire d'Améli : <http://annuaresante.ameli.fr/> puis saisir les coordonnées du médecin pour vérifier s'il est adhérent ou non.



Attention,
il convient de vérifier si votre contrat prévoit des garanties différentes dans le cadre de l'OPTAM, ou non.

EXCLUSIONS GÉNÉRALES



Selon la législation en vigueur, les actes ci-dessous ne pourront pas être pris en charge :

- Les **dossiers présentés plus de 2 ans après** la date des soins.
- Les **actes médicaux effectués en dehors de la période de couverture** (la date retenue est celle prise en compte par votre régime obligatoire, ou à défaut, la date de facturation).
- La **participation forfaitaire de 1€**. 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.
- Les **actes effectués en dehors du parcours de soins** :
 - La majoration du ticket modérateur,
 - Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques dans les limites prévues par la législation.
- Les **franchises médicales**. Depuis le 1^{er} janvier 2008, une franchise est appliquée sur les boîtes de médicaments et les actes paramédicaux (0,50 €), ainsi que sur les transports sanitaires (2 €). Elle est plafonnée à 50 € par an.
- Les **actes opposables** (sans dépassement autorisé) dans le domaine du dentaire. Aucun remboursement des dépassements d'honoraires sur les actes dentaires à tarif opposable, dans le cas où le chirurgien-dentiste ne bénéficierait pas d'une autorisation permanente accordée par la Sécurité sociale de pratiquer les dépassements d'honoraires.

DÉCLARER UN CHANGEMENT DE SITUATION



Pour tout changement de situation, selon sa nature, il convient de le déclarer soit à Hélium, soit directement aux équipes RH de votre entreprise.

DÉCLARER UN CHANGEMENT VIA L'ESPACE ASSURÉ

Pour tout changement relatif à :

- Votre adresse,
- Votre email,
- Vos coordonnées téléphoniques,
- Vos coordonnées bancaires.

Se connecter à l'espace assuré : <https://helium.gestion-sante.com>

DÉCLARER UN CHANGEMENT VIA VOTRE EMPLOYEUR

Vous devez informer votre employeur uniquement des changements impactant le montant des cotisations que vous payez :

- Changement de situation familiale, ajout d'un bénéficiaire, d'un conjoint à charge, enfant scolarisé (si le montant de la cotisation payée par votre employeur évolue),
- Changement du niveau de garanties (si votre contrat le prévoit).

DÉCLARER UN CHANGEMENT PAR EMAIL OU PAR COURRIER

Vous pouvez également nous informer de tous changements qui n'impactent pas les cotisations que vous payez :

- Par email à adhesion@helium.fr
- Par courrier : **Hélium - 4 rue Léon Patoux - CS 60007 - 51686 Cedex 2**

PORTABILITÉ DES DROITS



L'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 a instauré un maintien des couvertures « prévoyance et/ou santé » au profit des salariés dont le contrat de travail a été rompu et qui bénéficient d'une indemnisation au titre de l'assurance chômage du fait de cette rupture.

Dans quels cas les garanties cessent ?

L'assuré cesse de bénéficier des garanties dans les cas suivants :

- Rupture du contrat de travail,
- Attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail),
- Résiliation du contrat.

En cas de départ de la société, il convient de nous retourner votre attestation de Tiers-Payant. Par la suite, nous vous ferons parvenir un certificat de radiation.

Dans quels cas bénéficier d'une portabilité des droits ?

- Le contrat de travail doit être rompu à l'initiative de l'employeur,
- La rupture du contrat de travail doit donner droit à l'assurance chômage.

Comment la portabilité des droits se met-elle en place ?

Pour mettre en place une portabilité des droits, c'est à votre employeur de nous informer du bénéfice de cette portabilité. Selon les informations transmises par ce dernier, vous pourrez alors bénéficier de la portabilité des droits, en fonction de votre situation et pour une durée maximale de 12 mois.



La portabilité des droits ne s'applique que pendant la période de chômage. L'assuré perd donc le droit au maintien des garanties lorsqu'il retrouve un emploi, s'il se retrouve radié des listes de Pôle Emploi ou s'il manque à son obligation de fournir des justificatifs (attestation mensuelle de paiement des allocations chômage).

N.B : les ayants droit de l'ex-salarié (conjoint, enfants, ascendants à charge au sens fiscal, etc.), précédemment garantis bénéficient également de la portabilité des droits.

INFOS PRATIQUES



LE P'TIT GLOSSAIRE

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) : cette base correspond aux tarifs fixés par la Sécurité sociale et sur lesquels celle-ci calcule son remboursement.

DÉLAI DE CARENCE : période décrite par le contrat d'assurance pendant laquelle tout ou partie des garanties ne peut pas donner lieu à remboursement.

DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES : les professionnels de santé conventionnés peuvent, dans certaines conditions, facturer des dépassements d'honoraires c'est à dire pratiquer un prix supérieur à la base de remboursement de la Sécurité sociale. Il peut être pris en charge par votre complémentaire santé entièrement ou en partie selon les garanties souscrites.

FRAIS RÉELS : somme engagée par un assuré ou son ayant droit pour ses dépenses de santé.

MÉDECIN CONVENTIONNÉ DE SECTEUR 1 : médecin qui respecte les tarifs fixés par les pouvoirs publics.

MÉDECIN CONVENTIONNÉ DE SECTEUR 2 : médecin qui fixe librement ses honoraires en dépassant les tarifs de la Sécurité sociale.

NOÉMIE : norme d'échange informatique utilisée pour la télétransmission des données informatiques (notamment des remboursements) entre le centre de Sécurité sociale d'un assuré et son organisme d'assurance complémentaire santé. Cela évite à l'assuré de nous transmettre les décomptes de remboursements.

RÉGIME OBLIGATOIRE : il s'agit du régime de Sécurité sociale auquel tout salarié est obligatoirement affilié. La nature du régime peut varier en fonction du lieu de résidence de l'assuré (ex : régime Alsace Moselle) ou de la profession exercée par l'assuré (ex : les salariés du secteur privé sont rattachés au Régime Général).

RESTE À CHARGE : part non remboursée par la Sécurité sociale et restant à la charge de l'assuré social. La complémentaire santé couvre tout ou partie de ce reste à charge.

TICKET MODÉRATEUR : il s'agit de la différence entre la base de remboursement et le remboursement de la Sécurité sociale qui reste à charge de l'assuré.

TIERS-PAYANT : système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais de santé dont la prise en charge est normalement assurée par la Sécurité sociale et/ou la complémentaire santé.

INFOS PRATIQUES



MATERNITÉ

Pour déclarer une naissance (ou adoption), il convient de nous adresser :

- un acte de naissance (ou adoption plénière),
- l'attestation de la Sécurité sociale sur laquelle l'enfant sera déclaré,
- un courrier par lequel vous indiquez vouloir ajouter votre enfant sur votre contrat.

Attention : si votre cotisation est calculée en fonction de votre situation familiale, ces documents doivent être remis à votre employeur qui nous les fera parvenir (cf. page « Déclarer un changement de situation »).

PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE (PUMA)

Ce dispositif concerne toutes les personnes (quelle que soit leur nationalité) qui travaillent ou résident en France de manière stable. Elle garantit une prise en charge continue des frais de santé par l'Assurance maladie.

CERTIFICAT D'AFFILIATION OU DE RADIATION

Pour obtenir un certificat d'affiliation ou de radiation, il vous suffit de nous en faire la demande à adhesion@helium.fr

CHANGEMENT D'ÉTAT CIVIL

Pour un changement d'état civil, il convient de nous adresser un certificat de mariage ou une copie du livret de famille.

CONJOINT DISPOSANT DE SA PROPRE MUTUELLE

Si votre conjoint ou concubin bénéficie d'un contrat de complémentaire santé obligatoire par son entreprise, il doit faire jouer sa mutuelle en premier. Il peut ensuite compléter ses remboursements par les garanties de votre contrat, si vous le déclarez comme bénéficiaire. Dans ce cas, ces deux régimes complémentaires se complètent.

ENFANTS SCOLARISÉS

Pour déclarer vos enfants scolarisés comme bénéficiaires, il convient de nous adresser un certificat de scolarité valable pour l'année scolaire en cours. Une fois par an, nous vous solliciterons pour l'envoi de ce justificatif. Si ce justificatif ne nous est pas transmis, l'affiliation de l'enfant prendra fin au 31 décembre de l'année civile en cours.

INFOS PRATIQUES



DURÉE DE VALIDITÉ DES ORDONNANCES

- **Prescription de médicaments** : 3 mois pour la première délivrance. Une fois ce délai dépassé, le pharmacien ne pourra plus vous délivrer les médicaments prescrits.
- **Optique** : la durée de validité d'une ordonnance pour des lunettes varie selon l'âge de l'assuré. Un an pour les moins de 16 ans, 5 ans pour les personnes âgées de 16 à 42 ans et 3 ans pour les plus de 42 ans. Pour des lentilles de contact, la durée varie également selon l'âge : elle est d'un an pour les moins de 16 ans et de 3 ans pour les personnes de plus de 16 ans.
- **Audioprothèses** : pas de délai mais l'usage est habituellement d'un an. Si vous tardez pour vous faire appareiller, c'est au professionnel d'apprécier si la prescription est encore adaptée.
- **Podologue** : un an à compter de la prescription du médecin (semelles orthopédiques ou soins pédicures pour diabétique) mais l'ordonnance doit être présentée dans les 6 mois.
- **Kiné, examens biologiques, radiologie** : un an à compter de la prescription. Si vous tardez trop pour actionner les soins, c'est au professionnel d'apprécier s'ils sont encore justifiés. La Sécurité sociale peut déclencher une enquête si elle juge la prescription trop ancienne.

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Retrouvez l'annuaire des coordonnées des professionnels de santé proches de chez vous sur le site : www.ameli.fr
Cet annuaire précise pour chaque médecin, son secteur d'appartenance : lorsque le médecin est en honoraires libres (secteur 2), vous pouvez obtenir soit le tarif pratiqué le plus fréquemment, soit une fourchette de tarifs. Vous pouvez aussi vous connecter à votre espace assuré pour géolocaliser les professionnels près de chez vous, qui pratiquent le Tiers-Payant.

REMBOURSEMENTS

Désormais, il est possible de nous transmettre par email, ou via l'application mobile, les justificatifs (ordonnances, factures...) photographiés ou photocopiés, ainsi que la copie de vos décomptes de remboursements de votre régime obligatoire (nous réclamerons l'original du document dans le cas où nous avons identifié la présence d'un autre contrat surcomplémentaire).

SOINS ADMINISTRÉS À L'ÉTRANGER

Pour les soins pratiqués à l'étranger, le remboursement sera effectué sur la base des tarifs pratiqués en France, si prise en charge du régime obligatoire français.



Hélium
Gestionnaire Santé et Prévoyance



www.helium.fr

Hélium S.A.S. au capital de 500 000 € - RCS Reims 513 263 111 - APE 6622Z - TVA Intra-Communautaire N°FR 93 513 263 111
N° ORIAS 09 050 797 consultable à l'adresse www.orias.fr - Siège social : 4 rue Léon Patoux - CS 60007 - 51686 Reims Cedex 2
Courtier d'assurance ou de réassurance (COA) - Sous le contrôle de l'ACPR - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution -
4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 - Service réclamation : reclamation@helium.fr

Ce document n'a qu'une valeur indicative et informative et non contractuelle.

