

# GUIDE DE L'ASSURE

Ensemble des adhérents de l'Association

Janvier 2018 



Régime frais de santé



*Ce document n'a pas de valeur juridique.  
Seule la notice d'information émise par l'assureur fait foi.*



# Préambule

## A quoi sert une complémentaire santé ?

En tant qu'**assuré social**, vous êtes couvert pour la plupart de vos dépenses de santé par la Sécurité sociale.

Cependant la Sécurité sociale ne rembourse pas à 100 % l'ensemble de vos dépenses, laissant à votre charge une grande partie de vos frais (en optique et en dentaire notamment).

De plus, certaines dépenses ne sont jamais prises en charge **par le régime obligatoire** (dépassements d'honoraires, forfait journalier hospitalier, frais de chambre particulière, vaccins non remboursables...).

Au-delà du remboursement de vos frais de santé, une complémentaire santé vous apporte un grand nombre de services. Par exemple :

- ✓ le « **tiers payant** » : ce service vous permet de ne pas faire l'avance de certains de vos frais médicaux ou pharmaceutiques ; **l'assurance maladie obligatoire et votre complémentaire santé** se chargent de payer directement le professionnel de santé ou le pharmacien,
- ✓ des **remboursements rapides** et des services d'information comme **l'analyse de devis**.

**Une complémentaire santé** permet de couvrir les dépenses qui ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale :

- ❖ le **ticket modérateur** est la partie de vos dépenses de santé hors dépassements d'honoraires, qui reste à la charge de l'assuré après intervention du régime obligatoire.
- ❖ tout ou partie des éventuels dépassements d'honoraires.

**Ce document récapitule toutes les informations relatives au fonctionnement de votre complémentaire santé.**

# Sommaire

Vos contacts	4
Les assurés	5
Les garanties	6
Les cotisations 2018	8
Les services supplémentaires	9
Les modalités d'adhésion à la complémentaire	10
Votre affiliation	11
Le tiers-payant	12
La télétransmission	13
Vos remboursements	14
Le contrat responsable	15
Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée - DPTAM	16
Votre espace personnalisé	17
Questions/réponses	18

# Vos contacts

 Le centre de gestion SFP se tient à votre disposition pour toute demande de renseignement concernant vos contrats frais de santé



**SFP** SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE PRÉVENTION

**SFP**

**Société Française de Prévention**

**291, boulevard Clemenceau**

**CS 15042**

**59705 MARCQ EN BAROEUL CEDEX**



APPEL GRATUIT

 : **+33 (0)3 28 32 82 00**

 : **+33 (0)3 28 32 82 01**

<https://sfpwebsante.lsnngroupe.com>

@ : [sfp@lsnngroupe.com](mailto:sfp@lsnngroupe.com)

Du lundi au Vendredi

De 8h30 à 18h30

## VOS INTERLOCUTEURS SFP :

Adhésions	Prises en charge hospitalières	Demandes de devis	Prestations
<p>Pour les adhésions, modifications, radiations, télétransmission, cartes de tiers-payant :</p> <p> <b>+33 (0)3 28 32 82 00</b> Indiquer : Choix 2</p> <p>@ : <a href="mailto:adhesions@lsnngroupe.com">adhesions@lsnngroupe.com</a></p>	<p> <b>+33 (0)3 28 32 82 00</b> Indiquer : Choix 1</p> <p>@ : <a href="mailto:sfp@lsnngroupe.com">sfp@lsnngroupe.com</a></p>	<p> <b>+33 (0)3 28 32 82 00</b> Indiquer : Choix 1</p> <p>@ : <a href="mailto:devis@lsnngroupe.com">devis@lsnngroupe.com</a></p>	<p> <b>+33 (0)3 28 32 82 00</b> Indiquer : Choix 1</p> <p>@ : <a href="mailto:prestations@lsnngroupe.com">prestations@lsnngroupe.com</a></p>

 Le contrat frais de santé est ouvert à l'ensemble des adhérents de l'association UFNAFAAM.

Sont considérés comme assurés :

- ✓ vous-même, assuré(e) social(e), adhérent de l'association;
- ✓ votre conjoint, ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, lié ou non par un Pacte civil de solidarité ;
- ✓ vos enfants à charge, et ceux de votre conjoint ou concubin ou partenaire lié par un PACS, à savoir :
  - **âgés de moins de 18 ans** et bénéficiant de prestations d'un régime d'assurance maladie obligatoire français ;
  - **âgés de moins de 28 ans** et :
    - poursuivent des études secondaires ou supérieures (sur présentation d'un certificat de scolarité) et ne disposent pas de ressources propres supérieures à 70 % du SMIC provenant d'une activité salariée sauf emploi saisonnier ou occasionnel durant leurs études ;
    - poursuivent une formation en alternance dont la rémunération est inférieure à 70 % du SMIC ;
    - inscrits à Pôle Emploi comme primo-demandeurs d'emploi.

**Ces enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'à la fin du mois au cours duquel ils atteignent leur 18<sup>ème</sup> ou 28<sup>ème</sup> anniversaire.**

- **atteints, quel que soit leur âge, d'un handicap** les mettant dans l'impossibilité de se livrer à une activité rémunératrice (ressources mensuelles au maximum égales au quart du plafond mensuel de la Sécurité sociale en ce qui concerne exclusivement leurs ressources d'origine professionnelle, abstraction faite des compléments de salaire versés par l'État et de toutes ressources attachées au handicap) et perçoivent l'allocation aux adultes handicapés (loi n° 75-534 du 30 juin 1975 modifiée par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005).

À tout moment, il peut vous être demandé d'adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire des personnes couvertes par votre adhésion (avis d'imposition par exemple).



### DEUX NIVEAUX DE COUVERTURE

Vous avez le choix entre deux niveaux de couverture **facultatif**.

#### **FORMULE 1**

#### **FORMULE 2**

#### **LEXIQUE**

**BR (Base de remboursement)** : Tarif sur lequel se base la Sécurité sociale pour calculer ses remboursements.

**FR (Frais réels)** : Frais réellement engagés par l'assuré.

**SS (Sécurité sociale)** : Remboursement de la Sécurité sociale.

**PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale)** : Salaire de référence de la Sécurité sociale, mis à jour 1 fois par an, au 1<sup>er</sup> janvier. Il est de 3 311 € au 1<sup>er</sup> janvier 2018.

**Dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (DPTAM)** : Dispositif mis en place par convention entre l'Assurance maladie et certains praticiens, ayant pour objectif un meilleur remboursement des consultations et actes médicaux. Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, ces praticiens peuvent adhérer à un des DPTAM suivants :

- C.A.S : Contrat d'accès aux soins
- OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée
- OPTAM-CO : Option tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et obstétriciens.

**TM (Ticket Modérateur)** : Correspond à la partie de vos dépenses de santé hors dépassements d'honoraires, qui reste à la charge de l'assuré après intervention du régime obligatoire.

# Frais de santé

## Les garanties

UFNAFAAM - GARANTIES	NIVEAU 1	NIVEAU 2
Garanties exprimées y compris remboursement Sécurité sociale	REGIME RESPONSABLE	REGIME RESPONSABLE
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale</b> Frais d'hospitalisation en secteur non conventionné Frais de séjour en secteur conventionné	90% des Frais réels (max 3 000€) 100% des Frais réels	90% des Frais réels (max 3 500€) 100% des Frais réels
<b>Honoraires</b> Médecin signataire d'un Dptam <sup>(1)</sup> Médecin non signataire d'un Dptam <sup>(1)</sup>	150% de la BR 130% de la BR	250% de la BR 200% de la BR
Forfait journalier en secteur conventionné Chambre particulière secteur conventionné y compris maternité Frais d'accompagnant (enfant - de 16 ans, adulte + 75 ans) Transport accepté	Pris en charge intégralement 50€ par jour (60 jours par an) 35€ par nuit (illimité pour les enfants) 150 % de la BR	Pris en charge intégralement 60€ par jour (60 jours par an) 45€ par nuit (illimité pour les enfants) 250 % de la BR
<b>Soins courants</b> <b>Consultations, visites généralistes</b> Médecin signataire d'un Dptam <sup>(1)</sup> Médecin non signataire d'un Dptam <sup>(1)</sup> <b>Consultations, visites spécialistes</b> Médecin signataire d'un Dptam <sup>(1)</sup> Médecin non signataire d'un Dptam <sup>(1)</sup>	150% de la BR 130% de la BR 150% de la BR 130% de la BR	250% de la BR 200% de la BR 250% de la BR 200% de la BR
Examens de laboratoire, Auxiliaires médicaux,	250% de la BR 250% de la BR	250% de la BR 250% de la BR
<b>Actes techniques,</b> Médecin signataire d'un Dptam <sup>(1)</sup> Médecin non signataire d'un Dptam <sup>(1)</sup>	150% de la BR 130% de la BR	250% de la BR 200% de la BR
<b>Radiologie, échographie</b> Médecin signataire d'un Dptam <sup>(1)</sup> Médecin non signataire d'un Dptam <sup>(1)</sup>	150% de la BR 130% de la BR	250% de la BR 200% de la BR
<b>Pharmacie</b> Pharmacie remboursée Vaccins (y compris traitements anti paludéens) non remboursée, prescrits ou non Pilules contraceptives Substituts nicotiniques remboursés SS	100 % du ticket modérateur 80€ an et par bénéficiaire 60€ an et par bénéficiaire 50€ an et par bénéficiaire	100 % du ticket modérateur 120€ an et par bénéficiaire 100€ an et par bénéficiaire 80€ an et par bénéficiaire
<b>Prothèses non dentaires acceptées</b> Autres prothèses	150% de la BR	250% de la BR
Prothèses auditives acceptées par la SS Fauteuil roulant	305€ par prothèse max 2 par an et par bénéficiaire 400 €	450€ par prothèse max 2 par an et par bénéficiaire 400 €
<b>Dentaire</b>		
	Le cumul des remboursements prévus au titre des prothèses dentaires prises en charge ou non par le RO est limité à 3 000€ par année civile et par bénéficiaire. Au-delà de cette limitation, les prothèses dentaires seront prises en charges à hauteur du TM.	Le cumul des remboursements prévus au titre des prothèses dentaires prises en charge ou non par le RO est limité à 3 500€ par année civile et par bénéficiaire. Au-delà de cette limitation, les prothèses dentaires seront prises en charges à hauteur du TM.
Soins dentaires Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale Prothèses dentaires refusées par la Sécurité sociale Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale Orthodontie refusée par la Sécurité sociale	150% de la BR 300% de la BR 323 € 300% de la BR 580,50 €	300% de la BR 400% de la BR 430 € 400% de la BR 774,00 €
Implantologie non remboursée par la Sécurité sociale Parodontologie non prise en charge par la SS	Dans la limite de 2 implants par année et par bénéficiaire 110 € max 2 par an et par bénéficiaire 10% du Pmsr par an et par bénéficiaire	Dans la limite de 2 implants par année et par bénéficiaire 110 € max 2 par an et par bénéficiaire 10% du Pmsr par an et par bénéficiaire
<b>OPTIQUE</b>		
Réseau Itélis - Limitation	Un équipement tous les 2 ans pour les adultes (sauf changement de dioptrie). Un équipement par an pour les moins de 18 ans	
Monture adulte	100 €	150 €
Monture Enfant	70 €	100 €
<b>Verre, Grille Itélis</b>	OPTI 2	OPTI 4
Lentilles, yc jetables acceptées Lentilles, yc jetables refusées	75 € par an , au-delà 100% du TM	100 € par an , au-delà 100% du TM
Chirurgie réfractive de l'œil, pour adultes de moins de 40 ans	250€ par œil	300€ par œil
<b>Cure Thermale Remboursée par la Sécurité sociale</b> Hébergement et transport	210 €	300 €
<b>Allocation</b> Maternité/adoption enfant -10 ans Obsèques	150 € 310 €	200 € 450 €
<b>Assistance</b>	<b>Include</b>	<b>Include</b>
<b>Autres garanties</b> Ostéopathie, Ethioopathie, Chiropractie, Acupuncture Médicale,	30€ par séance, max 6 séances par an et par bénéficiaire	40€ par séance, max 6 séances par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie acceptée SS pour les femmes de plus de 50 ans et tous les 6 ans signataire d'un DPTAM Ostéodensitométrie acceptée SS pour les femmes de plus de 50 ans et tous les 6 ans non signataire d'un DPTAM Actes de prévention prévu au titre de l'article R871-211 du code de la SS	150% de la BR 130% Minimum selon la législation en vigueur	250% de la BR 200% Minimum selon la législation en vigueur

<sup>(1)</sup> Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (Dptam)

Classe	Défaut visuel		Opti 2, 0€ à charge sur les verres indiqués ci-dessous dans le réseau				Opti 4, 0€ à charge sur les verres indiqués ci-dessous dans le réseau			
	Mycopie ou Hypermétropie (en dioptries)	Astigmatisme (en dioptries)	Dans le réseau		Hors réseau		Dans le réseau		Hors réseau	
			Verre simple foyer	Verre Progressif jusqu'à la 4ème génération	Verre simple foyer	Verre Progressif	Verre simple foyer	Verre Progressif jusqu'à la 6ème génération	Verre simple foyer	Verre Progressif
1	De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	Résistant aux rayures	Résistant aux rayures	35 €	140 €	Aminci Super antireflets haut de gamme	Aminci Super antireflets haut de gamme	60 €	160 €
2	De 0 à 2	De 2.25 à 4	Aminci Super antireflets	Aminci Super antireflets	35 €	140 €	Aminci Super antireflets haut de gamme	Aminci Super antireflets haut de gamme	60 €	160 €
3	De 2.25 à 4	De 2.25 à 4	Super aminci Super antireflets	Super aminci Super antireflets	75 €	180 €	Surface asphérique Super aminci Super antireflets haut de gamme	Super aminci Super antireflets haut de gamme	85 €	200 €
4	De 6.25 à 8	De 0 à 8	Ultra aminci Super antireflets haut de gamme	Ultra aminci Super antireflets haut de gamme	100 €	210 €	Surface à géométrie évoluée Ultra aminci Super antireflets haut de gamme	Ultra aminci Super antireflets haut de gamme	110 €	240 €
5	Supérieur ou égal à 8.25	Tous cylindres	Ultra aminci Préalibrage/optimisation d'épaisseur Super antireflets haut de gamme	Ultra aminci Préalibrage/optimisation d'épaisseur Super antireflets haut de gamme	160 €	240 €	Surface à géométrie évoluée Ultra aminci Préalibrage/optimisation d'épaisseur Super antireflets haut de gamme	Ultra aminci Préalibrage/optimisation d'épaisseur Super antireflets haut de gamme	190 €	300 €

# Frais de santé

## Les cotisations

<b>Cotisations mensuelles 2018</b>	<b>Niveau 1</b>	<b>Niveau 2</b>
Adulte	85,27 €	105,27 €
Adulte et un enfant	140,19 €	175,22 €
Adulte et deux enfants ou plus	194,18 €	243,32 €
Couple	167,63 €	206,99 €
Famille	213,54 €	270,39 €



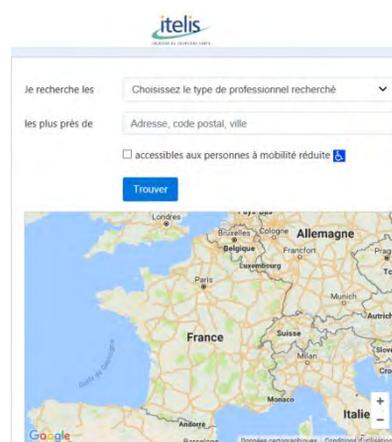
### LE RESEAU ITELIS

- Un réseau de 6 000 professionnels de santé partenaires, sélectionnés pour leur qualité de conseil et de service
- Des équipements de qualité
- Des avantages tarifaires exclusifs en OPTIQUE, AUDIOPROTHESE, SOINS DENTAIRES, IMPLANTOLOGIE et CHIRURGIE REFRACTIVE
- Le tiers payant en OPTIQUE, AUDITION et DENTAIRE chez tous les partenaires; pour en bénéficier, vous n'avez qu'à présenter votre carte de tiers payant SP Santé.



**Localisez un professionnel de santé ITELIS sur votre espace dédié :**

<https://sfpwebsante.lsn groupe.com>



# Frais de santé

## Les modalités d'adhésion à la complémentaire

Le contrat prévoit deux niveaux de couverture facultatives responsables au choix de l'adhérent.

### Choix initial de la formule de garanties :

Chaque membre participant peut choisir son niveau de couverture :

- ✓ lors de son adhésion au présent contrat en mentionnant sur son bulletin individuel d'adhésion le niveau choisi. Les garanties prennent effet, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante à la date d'effet de l'adhésion.
- ✓ au 1er janvier de chaque année, en adressant au moins un mois avant le 1er janvier de l'année considérée une demande écrite mentionnant le niveau choisi à SFP. Les garanties prennent effet, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante au 1er janvier de l'année considérée.
- ✓ en cas de changement de situation de famille, en adressant une demande écrite mentionnant le niveau choisi à SFP. Les garanties prennent effet, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante le premier jour du mois suivant la date de d'envoi de la demande à SFP.

### Changements ultérieurs de niveau :

Chaque membre participant a la faculté de modifier son choix de niveau:

- ✓ au 1er janvier de chaque année en adressant au moins un mois avant le 1er janvier de l'année considérée une demande écrite mentionnant le niveau nouvellement choisi à SFP. Les nouvelles garanties prennent effet, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, au 1er janvier de l'année considérée.
- ✓ en cas de changement de situation de famille en adressant une demande écrite mentionnant le niveau nouvellement choisi à SFP. Les nouvelles garanties prennent effet, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la demande à SFP.

### Résiliation de l'adhésion :

Chaque membre participant peut mettre un terme à son adhésion:

- ✓ au 31 décembre de chaque année en adressant avant le 31 octobre de l'année considérée une demande écrite à SFP;
- ✓ en cas de changement de situation de famille sous réserve d'en faire la demande écrite à SFP et de produire tous justificatifs adéquats. Dans ce cas, la couverture prend fin à la date du changement de situation de famille sous réserve que la demande écrite susvisée ait été adressée à SFP dans un délai de 30 jours suivant la date du changement.

**LA RESILIATION EST IRREVOCABLE, sauf en cas de changement de situation de famille.**

**EN L'ABSENCE DE CHOIX FORMEL DU MEMBRE PARTICIPANT, SEULES LES GARANTIES DE LA FORMULE 1 S'APPLIQUENT POUR LE PAIEMENT DES PRESTATIONS.**

# Frais de santé

## Votre affiliation

 Pour permettre au gestionnaire d'enregistrer votre affiliation, vous devez compléter un bulletin d'affiliation qu'il faudra transmettre à SFP (adhesions@lsngroupe.com).



**DEMANDE D'AFFILIATION AU CONTRAT FRAIS DE SANTE  
SOUSCRIT PAR LSN ASSURANCES AU PROFIT DE L'ENSEMBLE DU PERSONNEL**

DATE D'EFFET : |\_\_|\_|\_| 20\_\_|

**ASSURE**

NOM : |\_\_\_\_\_| | Prénom : |\_\_\_\_\_| | Date de naissance |\_\_|\_|\_|

Nom de jeune fille : |\_\_\_\_\_| | N° de Sécurité sociale : |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adresse : |\_\_\_\_\_|

Code Postal : |\_\_|\_|\_|\_| | Ville : |\_\_\_\_\_|

Adresse mail : |\_\_\_\_\_|@|\_\_\_\_\_|

Téléphone mobile : |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| | Télétransmission :  oui  non

**TELETRANSMISSION DE MES AYANTS-DROITS ENTRE LA SECURITE SOCIALE ET SFP**

En complément de la tététransmission de mes décomptes de Sécurité sociale vers SFP, je souhaite en faire bénéficier :

1. Mon conjoint/concubin/pacsé  oui  non (car il/elle bénéficie de sa propre complémentaire santé)

2. Mes enfants  oui  non (car ils bénéficient de leur propre complémentaire santé ou celle de mon conjoint/concubin/pacsé)

Si vous cochez « non », il conviendra de nous faire parvenir les décomptes de la complémentaire santé ou mutuelle de votre conjoint/concubin/pacsé  
**La Sécurité sociale n'accepte qu'une seule connexion par assuré.**

	NOM et Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité Sociale
CONJOINT/CONCUBIN/PACSE	_____	__ _ _	__ _ _ _ _ _ _ _ _
ENFANT	_____	__ _ _	__ _ _ _ _ _ _ _ _
ENFANT	_____	__ _ _	__ _ _ _ _ _ _ _ _
ENFANT	_____	__ _ _	__ _ _ _ _ _ _ _ _
ENFANT	_____	__ _ _	__ _ _ _ _ _ _ _ _

**CHOIX DE LA FORMULE**

FORMULE 1  FORMULE 2

- Pièces à joindre :**
- Copie de votre attestation pour vous et votre famille sur lesquelles figurent les références CPAM (téléchargeable sur le site ameli.fr).
  - Mandat SEPA complété et accompagné de votre Relevé d'identité bancaire (RIB).
  - Justificatif de domicile commun dans le cas du concubinage,
  - Certificat de scolarité pour les enfants à charge de plus de 18 ans.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré : \_\_\_\_\_

En cas d'adhésion de bénéficiaires, vérifiez que toutes les informations sont renseignées

Indiquez votre choix de formule de couverture

Listes des documents à joindre lors de votre affiliation

Votre signature



### POUR ÉVITER L'AVANCE DES FRAIS : LE TIERS PAYANT

SFP vous adresse votre attestation de Tiers Payant SP SANTE, qui vous évite d'avancer les frais lors de vos dépenses auprès de professionnels conventionnés (pharmaciens, laboratoires, cabinets de radiologie ...).

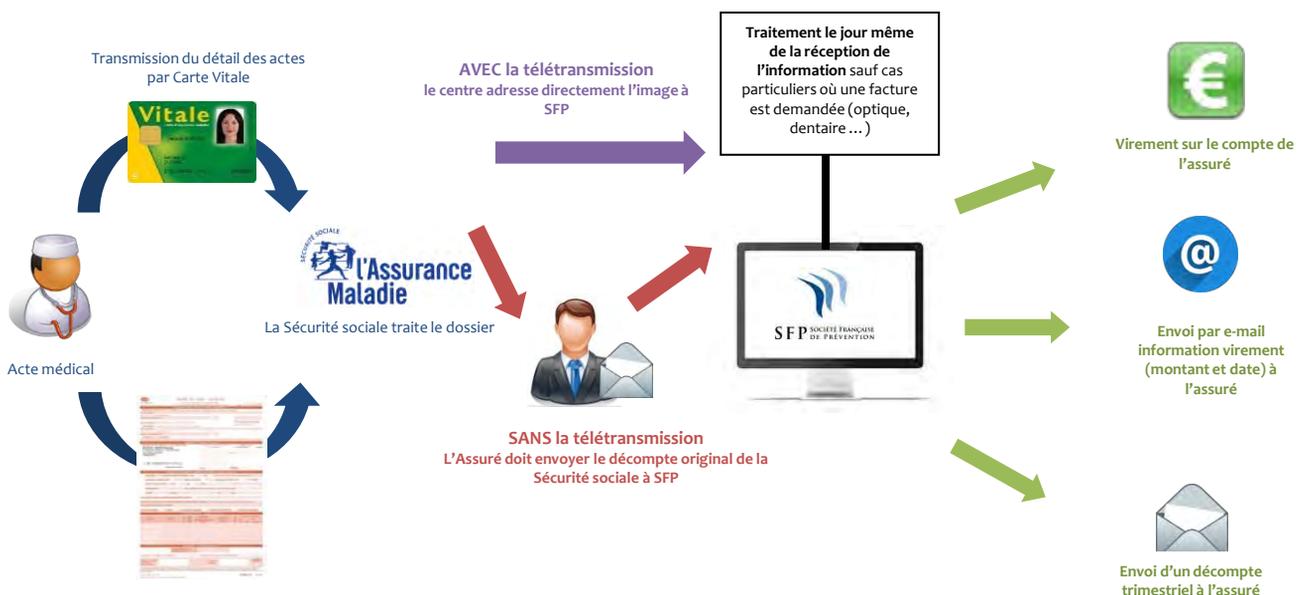
Cette carte reste la propriété de SFP. Il vous appartient donc de la restituer à votre employeur lors de votre départ de l'entreprise.



### COMMENT FONCTIONNE LE TIERS PAYANT ?

En fonction de la connexion tiers-payant du professionnel de santé, 3 cas sont possibles :

- **Tiers Payant total :**
  - Vous présentez votre carte vitale et votre carte de tiers payant SP SANTE
  - Vous ne réglez rien
- **Pas de Tiers Payant :**
  - Vous présentez votre carte vitale
  - Vous réglez la totalité de l'acte
  - Vous êtes remboursé automatiquement par la Sécurité sociale qui se charge d'envoyer l'information à SFP, puis vous êtes remboursé automatiquement par SFP via la télétransmission (voir p.14)
- **Tiers Payant partiel :**
  - Vous présentez votre carte vitale
  - Vous ne réglez pas la part Sécurité sociale mais seulement le ticket modérateur et les éventuels dépassements d'honoraires.
  - Dans ce cas, **il faut envoyer la facture à SFP pour obtenir le remboursement.**



# Frais de santé

## La télétransmission



### LA TÉLÉTRANSMISSION AVEC SFP

La télétransmission (ou liaison NOEMIE) est la liaison informatique qui permet à la Sécurité Sociale d'envoyer directement à SFP les informations concernant vos soins. Cela limite les démarches à faire vis-à-vis de SFP pour obtenir vos remboursements complémentaires.

Pour que ce lien s'établisse, il est nécessaire d'envoyer à SFP la copie de l'attestation de la Carte Vitale actualisée sur laquelle figurent les coordonnées informatiques de votre CPAM.



Numéro de l'assuré : 1 80 06 76 540 291 87  
Nom de l'assuré :

#### Attestation de droits à l'assurance maladie

Valable du 26/07/2016 au 25/07/2017 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

organisme de rattachement sécurité sociale	code gestion	n° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	modulation du ticket modérateur
01 781 8061	10	1 80 06 76 540 291 87	
Bénéficiaire(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage		n° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)	né(e) le/rang
		1 80 06 76 540 291 87	20/06/1980 1
		1 15 10 78 158 476 16	19/10/2015 1

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

Si la mention ne figure pas sur vos décomptes de Sécurité sociale, vous devez adresser à SFP vos décomptes originaux ou des copies de Sécurité sociale, en attendant que la connexion Noémie soit mise en place.

Voici le détail des versements vous concernant pour un paiement du 19/04/2016

Le remboursement des sommes que vous avez avancées est d'ores et déjà effectué sur votre compte. Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire SOCIETE FRANCAISE DE PREV. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

#### vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour ELOY né(e) le 19/10/2015 maternité ref 0361 1010040004131				
15/04/2016	PÉDIATRE Sect2 (CS PPE) le 19/04/2016 : 28,00 euro(s)	70,00	28,00	100 %	28,00

# Frais de santé

## Vos remboursements



### VOS REMBOURSEMENTS

Ils sont traités sous un délai de 48 h à réception des justificatifs (décompte Sécurité Sociale et facture le cas échéant).

L'ensemble des règlements effectués est récapitulé sur un décompte édité tous les 3 mois. Vous pouvez également consulter vos remboursements effectués au cours des 6 derniers mois sur <https://sfjwebsante.lsgroupe.com> en vous connectant grâce à vos identifiants et mot de passe confidentiels.

#### Modalités de paiement :

- ✓ Par virement bancaire : paiement effectué sur votre compte bancaire sous 72 H
- ✓ Par chèque : paiement effectué à chaque traitement de dossier, avec envoi sous 48 H

Pour les remboursements optique, dentaire, dépassements d'honoraires en cas d'hospitalisation ou dépenses non prises en charge par la Sécurité Sociale mais prévues à votre contrat : **il est indispensable d'adresser la facture originale en plus du justificatif de remboursement par la Sécurité Sociale ; pour les lentilles, ne pas oublier de transmettre également la prescription médicale datant de moins de 2 ans (copie ou original).**

*Prescription biennale* : les soins de plus de deux ans ne font l'objet d'aucun remboursement.

### FRAIS D'HOSPITALISATION EN ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ

#### Demandez une prise en charge

Avant votre admission, communiquez à SFP : le nom de l'établissement hospitalier, son adresse et son numéro de fax, la date d'hospitalisation, le nom de la personne hospitalisée. Sous 48 heures, votre centre hospitalier reçoit un accord de prise en charge (hors dépassements d'honoraires relatifs aux chirurgiens et anesthésistes).

#### En cas d'hospitalisation urgente

Précisez à l'établissement hospitalier les coordonnées téléphoniques de SFP ou présentez votre carte de tiers payant SP SANTE. SFP transmet immédiatement une prise en charge auprès de l'établissement chargé de vous accueillir.

### FRAIS D'OPTIQUE

La prise en charge est également possible. Votre opticien adresse une demande de prise en charge à SFP qui lui retourne sous 48 H un accord de prise en charge chiffré.

### FRAIS DENTAIRES

Vous adressez un devis détaillé à SFP qui vous retourne sous 48 h une évaluation du remboursement. Ainsi vous connaissez, avant d'engager les soins, le montant pris en compte par votre contrat et la somme restant éventuellement à votre charge.

Pharmacie et consultations :	Un reçu justifiant du paiement éventuel auprès des professionnels de santé du ticket modérateur.
Prothèses dentaires :	Une facture codifiée détaillant les travaux effectués par dent.
Optique :	Une facture détaillée et acquittée indiquant séparément le prix des verres et de la monture ou la marque ainsi que le type pour les lentilles.
Appareillage, prothèses non dentaires :	Une facture acquittée des frais engagés.
Cures thermales :	La copie de l'accord de prise en charge de la Sécurité Sociale et la facture détaillée.
Chirurgie :	Une facture acquittée des frais engagés ou une facture de l'établissement hospitalier, mentionnant les sommes versées par la Sécurité Sociale ainsi que, le cas échéant, le coefficient de l'acte opératoire et le nombre de jours d'hospitalisation.
Hospitalisation médicale et chirurgicale :	Le ticket modérateur avec indication du pourcentage restant à votre charge.
Séjour en sanatorium :	L'original de l'avis des sommes à payer.



### LE CONTRAT RESPONSABLE

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015, les entreprises doivent souscrire un contrat santé « responsable », respectant les planchers et les plafonds de remboursement prévus par le décret.

#### 1. Consultations et actes médicaux :

Prise en charge de l'intégralité du Ticket Modérateur (TM) à l'exception :

- ✓ des médicaments remboursés à hauteur de 15 % ou 30 % par l'Assurance Maladie (médicament dont le service médical rendu est modéré ou faible)
- ✓ de l'homéopathie ;
- ✓ des cures thermales ;

#### 2. Forfait journalier hospitalier :

Prise en charge intégrale sans limitation de durée à l'exception des établissements médico-sociaux, comme les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) pour lesquels la prise en charge par l'organisme complémentaire reste facultative.

#### 3. Dépassement d'honoraires :

Plafonnement des remboursements pour les consultations des médecins de secteur 2 non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée DPTAM (voir P.17).

Si le médecin n'a pas signé de DPTAM, le contrat d'assurance ne pourra prendre en charge les dépassements d'honoraires qu'à hauteur maximum de 100 % de la

Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale en plus du Ticket Modérateur (TM).

L'objectif du contrat responsable est aussi de responsabiliser les praticiens de secteur 2, non signataires d'un DPTAM sur le montant de leurs honoraires. En effet, n'ayant pas de limitation du montant de leurs actes, ce sont les limites imposées par le contrat responsable qui devraient entraîner une baisse des tarifs indiqués et faciliter l'accès aux soins.

En revanche, la prise en charge n'est pas plafonnée par le décret pour les médecins signataires d'un DPTAM.

#### 4. Optique :

Si le contrat prévoit des remboursements au-delà du Ticket Modérateur, le contrat responsable doit inclure :

- ✓ des garanties situées entre un plancher et un plafond sur les équipements optiques en fonction des corrections,
- ✓ la limitation de la monture à 150 € maximum par équipement (verres + monture),
- ✓ la limitation à une paire de lunettes tous les 2 ans. Cette limitation est ramenée à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue.

# Frais de santé

## Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée - DPTAM



### QU'EST CE QU'UN DPTAM ?

La réforme du contrat responsable prévoit un meilleur remboursement pour les visites chez les médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée DPTAM.

L'avenant n°8 à la convention médicale avait mis en place un contrat dit d'« accès aux soins » - CAS. Celui-ci a été remplacé par le DPTAM (pour tous les médecins) et le DPTAM-CO (pour les chirurgiens et obstétriciens) au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

C'est un élément central de la réforme des contrats responsables qui va différencier la prise en charge des dépassements d'honoraires par les complémentaires santé selon l'adhésion ou pas de ce praticien à ce dispositif.

Les complémentaires santé prennent ainsi en charge, de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérents au dispositif (lorsque le contrat frais de santé prévoit la prise en charge des dépassements).

Quels avantages pour les assurés ?

En adhérant à ce dispositif, le médecin permet :

- Une meilleure base de remboursement grâce à l'alignement des tarifs du secteur 2 sur le secteur 1,
- Une réduction du reste à charge,
- Et un meilleur accès aux soins pour les patients les plus modestes

### QUELS SONT LES MÉDECINS CONCERNÉS PAR LE DPTAM ?

Tous les professionnels de santé, médecins généralistes et spécialistes de ville et du secteur hospitalier. Comment savoir si un médecin est adhérent au DPTAM ?

Vous pouvez retrouver toutes ces informations sur le site de l'Assurance Maladie <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

1

2

3



**e** Honoraires avec dépassements maîtrisés (OPTAM)  
Conventionné secteur 2 avec option tarifaire (OPTAM)



**Q/ Sur mes décomptes Sécurité Sociale, la mention de télétransmission ne figure plus. Que dois-je faire ?**

**R/** Adressez vos décomptes originaux à SFP pour remboursement. Informez SFP de cette nouvelle situation pour rétablir la télétransmission.

**Q/ Je ne reçois pas mon décompte Sécurité Sociale depuis que je bénéficie de la télétransmission.**

**R/** Lorsque vous bénéficiez de la télétransmission, la Sécurité Sociale vous adresse un décompte. Celui-ci doit comporter la mention de télétransmission. Si vous ne recevez pas ce décompte, vous devez contacter votre centre de Sécurité Sociale ou vous rendre sur le site [ameli.fr](http://ameli.fr) avec vos identifiants pour avoir accès à vos décomptes en ligne.

**Q/ Je constate sur mon décompte Sécurité Sociale télétransmis à SFP que tout n'a pas été remboursé par SFP. Que dois-je faire ?**

**R/** Envoyez-nous votre décompte Sécurité Sociale en mentionnant les actes non remboursés. Après vérification nous procéderons à la régularisation.

**Q/ J'ai changé de centre de Sécurité Sociale. Quelles sont les démarches à faire auprès de SFP ?**

**R/** Il faut nous adresser la photocopie de votre nouvelle attestation carte Vitale.

**Q/ Ma situation familiale a changé (mariage, divorce, séparation, un enfant n'est plus à charge...). Que dois-je faire ?**

**R/** Il faut nous adresser la photocopie de votre nouvelle attestation carte Vitale.

**Q/ Mon conjoint a déjà par l'intermédiaire de son employeur une « mutuelle ». Peut-il bénéficier de ma télétransmission ?**

**R/** Une seule complémentaire peut bénéficier de la télétransmission par assuré. Le choix de la mutuelle qui en bénéficie appartient à l'assuré.

Dans le cas où SFP ne bénéficie pas de la télétransmission: SFP interviendra, s'il y a lieu, en 2<sup>ème</sup> position à réception de l'original du décompte de la 1<sup>ère</sup> mutuelle.

**Q/ J'ai constaté que les informations connues par SFP sont différentes de celles indiquées sur mon attestation de carte Vitale (n° Sécurité Sociale, date de naissance, ayants droit ...).**

**R/** Pour que la télétransmission fonctionne, il faut que les informations du fichier SFP correspondent strictement à celles du centre de Sécurité Sociale. Il convient de contacter soit votre centre Sécurité Sociale pour corriger les informations, soit SFP pour modifier le fichier.

**Q/ Je suis nouvel adhérent à la complémentaire, sur mon décompte figure un avis de télétransmission à mon ancienne mutuelle.**

**R/** Vous devez contacter votre précédente mutuelle et lui demander de faire le nécessaire auprès de votre caisse d'assurance maladie pour supprimer cette télétransmission. Vous devez adresser à SFP l'original du décompte avec un certificat de radiation de votre précédente mutuelle.

La télétransmission avec SFP ne fonctionnera pas avant que vous ayez reçu un décompte de votre Sécurité Sociale ne comportant plus la mention de télétransmission de votre ancienne mutuelle, ce qui prouvera que votre ancienne mutuelle a fait le nécessaire. Joignez à ce décompte original la photocopie de votre attestation carte Vitale.

**LSN·Assurances**   
LSN Assurances  
Société de Courtage d'Assurance  
81 rue Taitbout  
75431 Paris Cedex 09

LSN Assurances : Société de Courtage d'Assurance - SAS au capital de 3.978.810,90 €

RCS. Paris 388 123 069. N° T.V.A. FR 37 388 123 069

Siège social : 81 rue Taitbout 75431 Paris Cedex 09 - Tél : 01 53 20 50 50 - Fax : 01 42 81 04 39

N° ORIAS : 07 000 473 - Site internet Orias : [www.orias.fr](http://www.orias.fr) - Sous le contrôle de l'ACPR - Autorité de contrôle Prudentiel et de Résolution-  
61, rue Taitbout 75009 Paris Assurance de Responsabilité Civile professionnelle et Garantie financière conformes au Code des Assurances.  
[reclamations@lsngroupe.com](mailto:reclamations@lsngroupe.com)