

GUIDE DE L'ASSURE

Ensemble des adhérents de l'Association

Janvier 2020 



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 2020	9
Les services supplémentaires	10
Les modalités d'adhésion	11
Votre affiliation	12
Le tiers-payant	13
La télétransmission	14
Vos remboursements	15
Le contrat responsable	16
Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée - DPTAM	17
Le 100% Santé	18
Votre espace personnalisé	19
Questions/réponses	20

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

PARC EUROPE BATIMENT 10 bis

340, Avenue de la Marne

CS 15036

59705 MARCQ EN BAROEUL CEDEX

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

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

<https://sfpwebsante.lsnngroupe.com>


@ : 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> +33 (0)3 28 32 82 00 Indiquer : Choix 2</p> <p>@ : adhesions@lsnngroupe.com</p>	<p> +33 (0)3 28 32 82 00 Indiquer : Choix 1</p> <p>@ : sfp@lsnngroupe.com</p>	<p> +33 (0)3 28 32 82 00 Indiquer : Choix 1</p> <p>@ : devis@lsnngroupe.com</p>	<p> +33 (0)3 28 32 82 00 Indiquer : Choix 1</p> <p>@ : prestations@lsnngroupe.com</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^{ème} ou 28^{ème} 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) : La Sécurité sociale a mis en place un salaire mensuel de référence, appelé "Plafond Mensuel de la Sécurité sociale" qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Certaines prestations sont exprimées en pourcentage du PMSS. Il est de 3 428€ au 1^{er} Janvier 2020.

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^{er} 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.

PLV (Prix limite de vente) : Le prix limite de vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

HLF (Honoraires limite de facturation): Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés »

Frais de santé

Les garanties

UFNAFAAM - GARANTIES	FORMULE 1	FORMULE 2
Garanties exprimées y compris remboursement Sécurité sociale	REGIME RESPONSABLE	REGIME RESPONSABLE
Hospitalisation médicale, chirurgicale		
Frais d'hospitalisation en secteur non conventionné	90% des Frais réels (max 3 000€)	90% des Frais réels (max 3 500€)
Frais de séjour en secteur conventionné	100% des Frais réels	100% des Frais réels
Honoraires		
Médecin signataire d'un Dptam ⁽¹⁾	150% de la BR	250% de la BR
Médecin non signataire d'un Dptam ⁽¹⁾	130% de la BR	200% de la BR
Forfait journalier en secteur conventionné	Pris en charge intégralement	Pris en charge intégralement
Chambre particulière secteur conventionné y compris maternité	50€ par jour (60 jours par an)	60€ par jour (60 jours par an)
Frais d'accompagnant (enfant - de 16 ans, adulte + 75 ans)	35€ par nuit (illimité pour les enfants)	45€ par nuit (illimité pour les enfants)
Transport accepté	150 % de la BR	250 % de la BR
Soins courants		
Consultations, visites généralistes		
Médecin signataire d'un Dptam ⁽¹⁾	150% de la BR	250% de la BR
Médecin non signataire d'un Dptam ⁽¹⁾	130% de la BR	200% de la BR
Consultations, visites spécialistes		
Médecin signataire d'un Dptam ⁽¹⁾	150% de la BR	250% de la BR
Médecin non signataire d'un Dptam ⁽¹⁾	130% de la BR	200% de la BR
Examens de laboratoire,	250% de la BR	250% de la BR
Auxiliaires médicaux,	250% de la BR	250% de la BR
Actes techniques,		
Médecin signataire d'un Dptam ⁽¹⁾	150% de la BR	250% de la BR
Médecin non signataire d'un Dptam ⁽¹⁾	130% de la BR	200% de la BR
Radiologie, échographie		
Médecin signataire d'un Dptam ⁽¹⁾	150% de la BR	250% de la BR
Médecin non signataire d'un Dptam ⁽¹⁾	130% de la BR	200% de la BR
Pharmacie		
Pharmacie remboursée	100 % du ticket modérateur	100 % du ticket modérateur
Vaccins (yc traitements anti paludéens) non remboursée, prescrits ou non	80€ an et par bénéficiaire	120€ an et par bénéficiaire
Pilules contraceptives	60€ an et par bénéficiaire	100€ an et par bénéficiaire
Substituts nicotiniques remboursés SS	50€ an et par bénéficiaire	80€ an et par bénéficiaire
Prothèses non dentaires acceptées		
Autres prothèses	150% de la BR	250% de la BR
Prothèses auditives bénéficiaire plus de 20 ans	305€ par prothèse max 2 /an / bénéficiaire	450€ par prothèse max 2 / an / bénéficiaire
Prothèses auditives bénéficiaire jusqu'à 20 ans inclus	305€ par prothèse max 2 /an / bénéficiaire	450€ par prothèse max 2 / an / bénéficiaire
Fauteuil roulant	400 €	400 €
Dentaire		
Soins et prothèses 100% santé	100% des Frais Réels - SS soumis à HLF	100% des Frais Réels - SS soumis à HLF
Soins et prothèses Hors 100% santé		
Plafond au titre des prothèses dentaires par an et par bénéficiaire	<i>Le cumul des remboursements prévus au titre des prothèses dentaires prises en charge ou non par le RO est limité par année civile et par bénéficiaire. Au-delà de cette limitation, prises en charges à hauteur du TM + 25%.</i>	
	3 000 €	3 500 €
Soins dentaires	150% de la BR	300% de la BR
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	300% de la BR	400% de la BR
Prothèses dentaires refusées par la Sécurité sociale	323 €	430 €
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	300% de la BR	400% de la BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale	580,50 €	774,00 €
Implantologie non remboursée par la Sécurité sociale	110 € max 2 par an et par bénéficiaire	110 € max 2 par an et par bénéficiaire
Parodontologie non prise en charge par la SS	10% du Pmss par an et par bénéficiaire	10% du Pmss par an et par bénéficiaire
Optique	<i>Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans pour un bénéficiaire âgé de 16 ans ou plus. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour un bénéficiaire de moins de 16 ans cette limitation est ramenée à 1 an.</i>	
Equipeement 100% santé - Classe A		
Monture, verres et suppléments de la classe A	100% des Frais Réels - SS soumis à HLF	100% des Frais Réels - SS soumis à HLF
Equipeement 100% santé - Classe B		
Accès au réseau Itélis		
Monture bénéficiaire 16 ans et plus	100 €	100 €
Monture bénéficiaire moins de 16 ans	70 €	100 €
Verre, Grille Itélis	OPTI 2	OPTI 4
Lentilles, yc jetables acceptées	75 € par an , au-delà 100% du TM	100 € par an , au-delà 100% du TM
Lentilles, yc jetables refusées		
Chirurgie réfractive de l'œil, pour adultes de moins de 40 ans	250€ par œil	300€ par œil
Autres postes		
Cure Thermale Remboursée par la Sécurité sociale		
Hébergement et transport	210 €	300 €
Allocation		
Maternité/adoption enfant -10 ans	150 €	200 €
Obsèques	310 €	450 €
Assistance	Incluse	Incluse
Autres garanties		
Ostéopathie, Ethioopathie, Chiropractie, Acuponcture 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 ⁽¹⁾	150% de la BR	250% de la BR
Ostéodensitométrie acceptée SS pour les femmes de plus de 50 ans et tous les 6 ans non signataire d'un Dptam ⁽¹⁾	130% de la BR	200% de la BR
Actes de prévention prévu au titre de l'article R871-211 du code de la SS	Minimum selon la législation en vigueur	Minimum selon la législation en vigueur

Frais de santé

Les garanties – Grille optique

		Opti 2+, 0€ à charge sur les verres indiqués ci-dessous dans le réseau				
Classe	Défaut visuel		Dans le réseau		Hors réseau	
	Myopie ou Hypermétropie (en dioptries)	Astigmatisme (en dioptries)	Verre simple foyer	Verre Progressif jusqu'à la 4ème génération	Verre simple foyer	Verre Progressif
1	De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	Résistant aux rayures	Super anti reflets haut de gamme	35 €	140 €
2	De 0 à 2	De 2.25 à 4	Aminci	Super anti reflets haut de gamme	35 €	140 €
	De 2.25 à 4	Inférieur ou égal à 2	Super antireflets			
3	De 2.25 à 4	De 2.25 à 4	Super aminci	Super aminci	75 €	180 €
	De 4.25 à 6	Inférieur ou égal à 4	Super antireflets haut de gamme	Super antireflets haut de gamme		
4	De 6.25 à 8	Inférieur ou égal à 4	Surface asphérique	Ultra aminci	100 €	210 €
	De 0 à 8	Supérieur ou égal à 4.25	Super aminci Super anti reflets haut de gamme	Super antireflets haut de gamme		
5	Supérieur ou égal à 8.25	Tous cylindres	Surface à géométrie évoluée Ultra aminci Précalibrage/optimisation d'épaisseur Super antireflets haut de gamme	Ultra aminci Précalibrage/optimisation d'épaisseur Super antireflets haut de gamme	160 €	240 €

		Opti 4 , 0€ à charge sur les verres indiqués ci-dessous dans le réseau				
Classe	Défaut visuel		Dans le réseau		Hors réseau	
	Myopie ou Hypermétropie (en dioptries)	Astigmatisme (en dioptries)	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	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	Aminci	60 €	160 €
	De 2.25 à 4	Inférieur ou égal à 2	Super antireflets haut de gamme	Super antireflets haut de gamme		
3	De 2.25 à 4	De 2.25 à 4	Surface asphérique	Super aminci	85 €	200 €
	De 4.25 à 6	Inférieur ou égal à 4	Super aminci Super antireflets haut de gamme	Super antireflets haut de gamme		
4	De 6.25 à 8	Inférieur ou égal à 4	Surface à géométrie évoluée	Ultra aminci	110 €	240 €
	De 0 à 8	Supérieur ou égal à 4.25	Ultra aminci Super antireflets haut de gamme	Super antireflets haut de gamme		
5	Supérieur ou égal à 8.25	Tous cylindres	Surface à géométrie évoluée Ultra aminci Précalibrage/optimisation d'épaisseur Super antireflets haut de gamme	Ultra aminci Précalibrage/optimisation d'épaisseur Super antireflets haut de gamme	190 €	300 €

Frais de santé

Les cotisations

Cotisations mensuelles 2020	Niveau 1	Niveau 2
Adulte	87,40 €	107,90 €
Adulte et un enfant	143,69 €	179,60 €
Adulte et deux enfants ou plus	199,03 €	249,40 €
Couple	171,82 €	212,16 €
Famille	218,88 €	277,15 €

Frais de santé

Les services supplémentaires



EN SAVOIR PLUS SUR ITELIS....



un réseau de 3000 opticiens

LES AVANTAGES

Des tarifs négociés, la qualité, le libre choix et les services au meilleur coût.

LA
NÉGOCIATION
TARIFAIRE

VERRES

- 40% en moyenne sur toutes les gammes de verres

MONTURES

- 15 % minimum sur l'ensemble des montures

LENTILLES

- 10% minimum

DES SERVICES
EXCLUSIFS

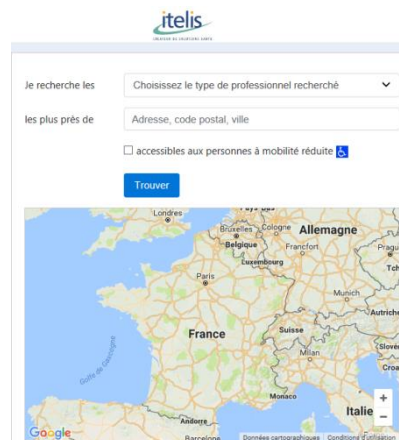
- Dispense d'avance de frais grâce au Tiers payant
- Garantie Casse de 2 ans pour la monture et les verres
- Garantie Adaptation de 2 mois sur les équipements unifocaux et progressifs
- Garantie Déchirure pour les lentilles souples traditionnelles
- Examen annuel de la vue gratuit
- Réparation et ajustement des équipements

Pourquoi payer plus cher pour me soigner ? *



Localisez un professionnel de santé ITELIS sur votre espace dédié :

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



Frais de santé

Les modalités d'adhésion

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).

LSN-Assurances 



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 : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

TELETRANSMISSION DE MES AYANTS-DROITS ENTRE LA SECURITE SOCIALE ET SFP		
En complément de la tétéransmission de mes décomptes de Sécurité sociale vers SFP, je souhaite en faire bénéficier :		
1. Mon conjoint/concubin/pacsé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (car il/elle bénéficie de sa propre complémentaire santé)		
2. Mes enfants <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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	__ _ _ _	__ _ _ _ _ _ _ _ _

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

CHOIX DE LA FORMULE	
<input type="checkbox"/> FORMULE 1	<input type="checkbox"/> FORMULE 2

Indiquez votre choix de formule de couverture

Pièces à joindre :
<input type="checkbox"/> Copie de votre attestation pour vous et votre famille sur lesquelles figurent les références CPAM (téléchargeable sur le site ameil.fr).
<input type="checkbox"/> Mandat SEPA complété et accompagné de votre Relevé d'identité bancaire (RIB).
<input type="checkbox"/> Justificatif de domicile commun dans le cas du concubinage.
<input type="checkbox"/> Certificat de scolarité pour les enfants à charge de plus de 18 ans.

Fait à :	Le :
Signature de l'assuré :	

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 ...).

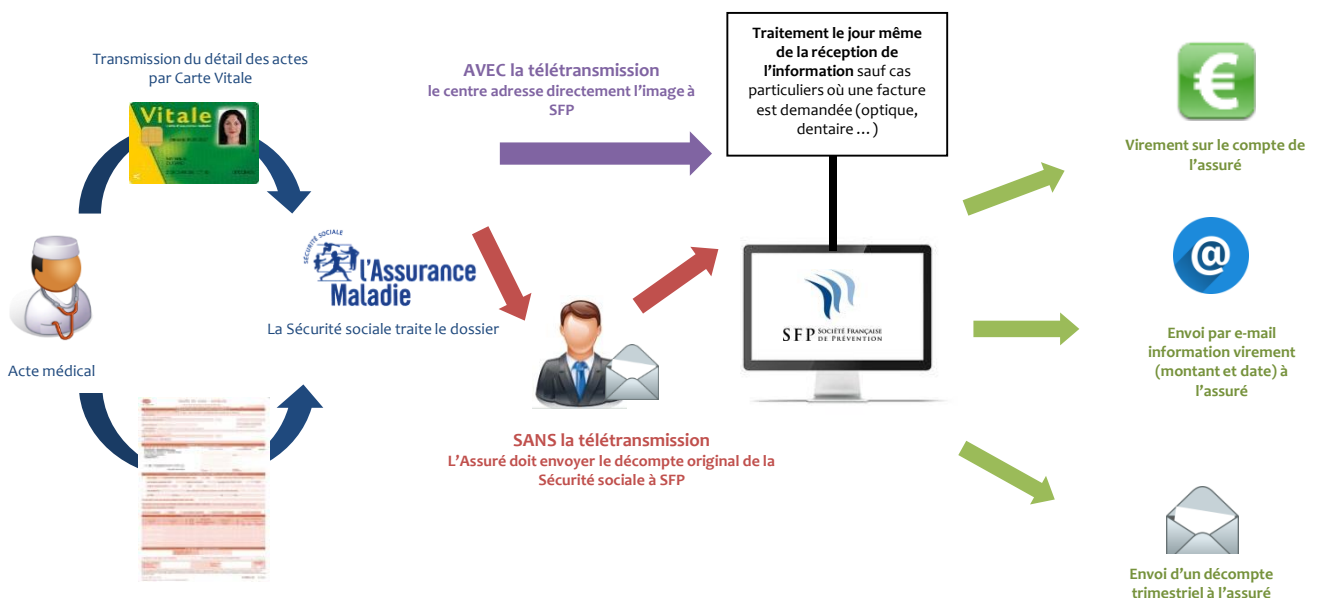
Cette carte reste la propriété de SFP. Il vous appartient donc de la restituer à votre employeur lors de votre départ de l'entreprise.



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.**





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 votre attestation de droits Sécurité sociale actualisée sur laquelle figurent les coordonnées informatiques de votre CPAM.



Comment vérifier que la télétransmission est active ?

Dès la mise en place de la télétransmission, le message « Informations transmises à SFP » apparaît sur votre décompte de Sécurité sociale.

Vous pouvez également obtenir un complément d'information via le site **www.ameli.fr** :

- Connectez-vous à votre compte
- Allez dans la rubrique « Mes Informations »
- Cliquez sur « Votre organisme complémentaire »

Le nom de votre organisme complémentaire est indiqué en face de la rubrique « Votre organisme complémentaire »

Si un « OUI » apparaît à côté de la rubrique « Télétransmission », c'est qu'elle est active.

PIERRE 22/12/1996	
Votre organisme complémentaire	SFP
Télétransmission *	Oui

Et si la télétransmission n'est pas active ?

Il est nécessaire de nous fournir une attestation de droits Sécurité sociale actualisée pour vous-même et vos bénéficiaires. En attendant que la télétransmission soit effective, pensez à nous faire parvenir vos décomptes de Sécurité sociale.



Pensez à informer SFP de toute modification susceptible d'interrompre la télétransmission :

- Un changement de domicile
- Un enfant inscrit sous les numéros de Sécurité sociale du père et de la mère
- Un changement de régime obligatoire
- Un enfant acquérant son propre numéro de Sécurité sociale

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^{er} 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. Panier minimum « 100% santé » :

Un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins «100% santé » pour l'optique (à partir de 2020), une partie des prothèses dentaires (à partir de 2020 et 2021) et certaines aides auditives (à partir de 2021), dans la limite des tarifs maximums prévus dans le cadre du 100% santé.

4. 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'est pas signataire d'un DPTAM, le contrat d'assurance pourra prendre en charge les dépassements d'honoraires à hauteur maximum de 100% de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale en plus du Ticket Modérateur (TM).

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

5. 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 100 € 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 bénéficiaires de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

La limitation est réduite à 6 mois pour les enfants de 6 ans et moins, en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Frais de santé

Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée - DPTAM



QU'EST CE QU'UN DPTAM ?

La réforme du contrat responsable prévoit un meilleur remboursement pour les consultations et visites auprès de médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maitrisée 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 OPTAM (pour tous les médecins) et le OPTAM-CO (pour les chirurgiens et obstétriciens) au 1^{er} 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 non du praticien à un dispositif de pratique tarifaire maitrisée.

Lorsque le contrat frais de santé prévoit la prise en charge des dépassements, les complémentaires santé prennent ainsi en charge, de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérents à un DPTAM.

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 plus modestes.

QUELS SONT LES MÉDECINS CONCERNÉS PAR LE DPTAM ?

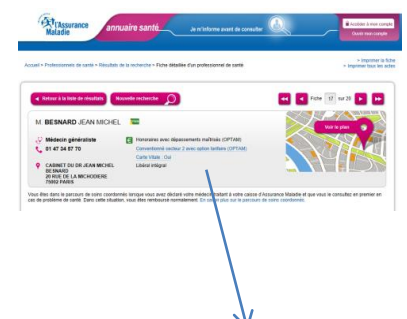
Tous les professionnels de santé, médecins généralistes et spécialistes de ville et du secteur hospitalier. Comment savoir si un médecin est adhérent au DPTAM ?

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)



QUELS SONT LES OBJECTIFS DE CETTE REFORME?

La réforme 100% santé vous permet d'accéder à des prestations de qualité sans reste à charge sur les soins peu remboursés par la sécurité sociale : Dentaire, Optique et Audiologie par :

- La mise en place de nouveaux prix limites de vente (PLV) pour l'optique et l'audiologie et Honoraire limite de facturation (HLF) pour le dentaire
- L'augmentation du ticket modérateur par l'effet de la revalorisation des bases de remboursement sécurité sociale

➔ Sur le panier « 100% santé » : Prise en charge intégrale du montant jusqu'au plafonds de remboursement correspondants aux prix limites de vente ou Honoraires limites de facturation

Vous préservez la liberté de choisir des équipements différents à tarif libre.

QU'EST-CE QUI CHANGE POUR VOUS?

L'opticien , le dentiste et l'audio prothésiste doivent obligatoirement vous remettre , à titre informatif, deux devis: une proposition thérapeutique « 100% santé » et une proposition avec prix libre pour vous permettre de choisir.

Les équipements et matériaux du panier « 100% santé » sont soumis à des normes de qualité.



Des prothèses auditives définies selon des critères avec minima techniques.

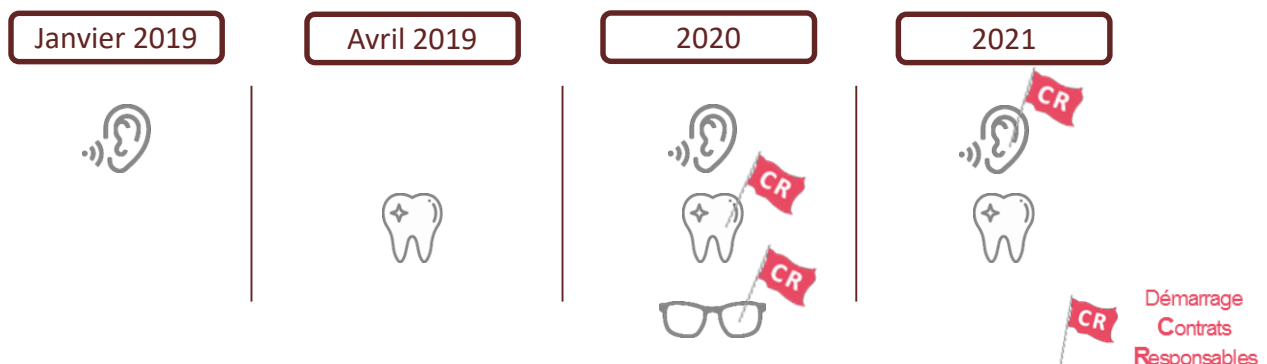


Des prothèses dentaires définies selon le matériau et la position de la dent dans la bouche.



Un équipement optique selon un référentiel avec un choix minimum de 17 modèles différents de monture pour les adultes et 10 modèles pour les enfants en 2 coloris.

UNE REFORME PROGRESSIVE



Frais de santé

Votre espace personnalisé
<https://sfpwebsante.lnsgroupe.com>



SITE EXTRANET : VOTRE ESPACE DÉDIÉ

Il vous permet :

- ✓ D'accéder en temps réel aux remboursements effectués au cours des 6 derniers mois
- ✓ De vérifier et de modifier vos informations personnelles ainsi que celles de vos bénéficiaires
- ✓ De demander des prises en charge hospitalières
- ✓ D'obtenir un certificat d'adhésion, ou de radiation
- ✓ De disposer du service de devis pour frais d'optique ou dentaires
- ✓ De consulter la FAQ (foire aux questions)
- ✓ De dialoguer avec le centre SFP



Pour actualiser vos informations, nous vous invitons à signaler dès que possible à SFP :

- ✓ Changement de situation familiale
- ✓ Changement d'adresse : effectuez la demande de modification directement sur notre site ou informez SFP par écrit
- ✓ Modification de coordonnées bancaires : effectuez la demande de modification directement sur notre site ou adressez à SFP votre nouveau RIB (ou RIP)
- ✓ Changement de centre de Sécurité Sociale : envoyez à SFP une copie de(s) nouvelle(s) attestation(s) «papier» Vitale (Sécurité Sociale).

Une version mobile de votre espace dédié :

Suivez vos remboursements santé

Vérifiez et modifiez vos informations personnelles

Téléchargez votre carte de tiers payant à tout moment

Remplissez et envoyez votre demande de prise en charge hospitalière

Accédez à l'annuaire santé d'Ameli pour rechercher un professionnel de santé
Géo-localisez un opticien, un audioprothésiste ou un chirurgien-dentiste du réseau ITELIS

Contactez le centre de gestion SFP
Composez directement les numéros d'urgence (112, SOS Médecins, Pharmacie de garde)

Mes remboursements

N° : 13967150
Date de remboursement : 02/05/2016
Destinataire règlement :
Montant : 111,68 €

[Détails du remboursement](#)

ATTESTATION DE TIERS PAYANT
SOCIÉTÉ FINANCIÈRE DE PRÉVISION

Assuré principal AMIC :

Bénéficiaires du Tiers Payant		Dépenses de santé consommées par le tiers-payant		N° Contrat :	
N° de rattachement	Rang	N° INSEE	Type Conv.	1323*	1323*
100 %	100 %	91010	100 %	100 %	100 %
(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)

* Règle de calcul ITC : M DC - 001/74
© ITELIS - Tous droits réservés.
© ITELIS - Tous droits réservés. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la Société Financière de Prévision est formellement interdite.

ameli
Je recherche :
Le professionnel de santé
(112, SOS Médecins, Pharmacie de garde)

ameli
Géolocalisation :
Rechercher un professionnel de santé
(112, SOS Médecins, Pharmacie de garde)

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 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 et si besoin 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 adresser la photocopie de votre nouvelle attestation de droits sécurité sociale à SFP.

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

R/ Il faut adresser la photocopie de votre nouvelle attestation de droits sécurité sociale à SFP.

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^{ème} position à réception de l'original du décompte de la 1^{ère} 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 de droits sécurité sociale.



L'esprit partenaire

LSN Assurances : Société de Courtage d'assurance. 1/3 rue des Italiens- 75431 PARIS CEDEX 09 –
SAS au capital de 3.978.810,90 € - RCS Paris 388 123 069. N° TVA FR 37 388 123 069.-

N° ORIAS : 07 000 473. www.orias.fr. Sous le contrôle de l'ACPR - Autorité de contrôle Prudentiel et de Résolution – 4 Place de Budapest - CS 92459-
75436 PARIS. Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes au Code des assurances.