



Guide de l'adhérent de l'Association



SOMMAIRE

VOTRE CONTRAT

Vos garanties

Structure d'affiliation et Tarifs mensuels

Qui sont les bénéficiaires?

Modalités de changement d'option

Service Plus

VOTRE RESEAU DE SOINS ITELIS

QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

QUI SOMMES-NOUS ?

COMMENT NOUS CONTACTER ?

VOTRE ESPACE ADHERENT

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

Justificatifs / remboursements

La réforme 100% Santé

L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

Exclusions

Déclarer un changement de situation

Cessations des garanties / portabilités des droits

INFOS PRATIQUES



VOTRE CONTRAT

GARANTIES

Garanties exprimées y compris remboursement de la Sécurité sociale

NATURE DES SOINS	FORMULE 1 REGIME RESPONSABLE		FORMULE 2 REGIME RESPONSABLE	
	Conventionné	Non Conventionné	Conventionné	Non Conventionné
HOSPITALISATION (Y compris Maternité)				
● Frais de séjour	100% FR	90% FR (max 3 000 €/an/bénéficiaire Au-delà 100% TM)	100% FR	90% FR (max 3 500 €/an/bénéficiaire Au-delà 100% TM)
● Honoraires du praticien, actes de chirurgie, d'anesthésie et de réanimation	DPTAM 150% BR	NON DPTAM 130% BR	DPTAM 250% BR	NON DPTAM 200% BR
● Chambre particulière, <i>par jour</i> (*)	50 € (max 60 jours /an/bénéficiaire)		60 € (max 60 jours /an/bénéficiaire)	
● Frais d'accompagnant (Bénéficiaire de moins de 16 ans ou de 75 ans et plus), <i>par jour</i>	35 €		45 €	
● Forfait journalier hospitalier	100%FR		100%FR	
● Participation forfaitaire pour les actes lourds	100%FR		100%FR	
<i>*Dans la limite de 6 mois par hospitalisations et de 60 jours continus par an et par bénéficiaire en cas d'hospitalisation en service psychiatrique ou maison de repos</i>				
SOINS COURANTS	DPTAM	NON DPTAM	DPTAM	NON DPTAM
HONORAIRES MEDICAUX				
● Consultations et visites Généralistes	150% BR	130% BR	250% BR	200% BR
● Consultations et visites Spécialistes	150% BR	130% BR	250% BR	200% BR
● Actes techniques médicaux	150% BR	130% BR	250% BR	200% BR
● Actes d'Imagerie médicale - Radiologie	150% BR	130% BR	250% BR	200% BR
● Participation forfaitaire pour les actes lourds	100% FR		100% FR	
HONORAIRES PARAMEDICAUX				
● Auxiliaires médicaux	250% BR		250% BR	
● Frais de transport, prescrits médicalement, pris en charge par l'AMO	150% BR		250% BR	
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
● Analyses médicales	250% BR		250% BR	
MEDICAMENTS				
● Frais pharmaceutiques prescrits médicalement et pris en charge par l'AMO	100% BR		100% BR	
● Vaccins prescrits médicalement, non pris en charge par l'AMO	80€/an/ bénéficiaire		120 €/an/ bénéficiaire	
MATERIEL MEDICAL				
● Appareil orthopédique pris en charge par l'AMO	150% BR		250% BR	
● Fournitures et appareillages médicaux non dentaires pris en charge par l'AMO	150% BR		250% BR	
● Fauteuil roulant	400 € par appareil		400 € par appareil	
AUTRES ACTES				
● Médecine douce (Ostéopathie-Chiropractie-Acupuncture-Etiopathie)	30 € par séance maxi 6 séances /an/bénéficiaire toutes spécialités confondues		40 € par séance maxi 6 séances /an/bénéficiaire toutes spécialités confondues	
OPTIQUE (La monture ne peut dépasser 100€)				
Renouvellement à compter de la date d'acquisition : - tous les 2 ans adultes et enfants 16 ans et +; - tous les ans enfants +6 ans et - 16 ans; - tous les 6 mois enfants -6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, sinon renouvellement tous les ans. Renouvellement anticipé autorisé pour raison médicale (cf arrêté 03/12/2018 VIII.2. et VIII.3.) Possibilité d'associer verres de classe A avec des montures de classe B. Prise en charge de 2 équipements autorisés : vision de près et vision de loin, amblyopie et/ou strabisme				
EQUIPEMENT VERRES + MONTURE - 100% SANTE ⁽¹⁾				
● Monture de classe A (Adultes et enfants)	100% FR - SS soumis à PLV (maxi 30€)		100% FR - SS soumis à PLV (maxi 30€)	
● Verres de classe A (Adultes et enfants)	100% FR - SS soumis à PLV		100% FR - SS soumis à PLV	
EQUIPEMENT VERRES + MONTURE - HORS 100% SANTE				
● Monture de classe B (Adultes et enfants) prise en charge par l'AMO				
● Bénéficiaire de plus de 16 ans et plus	100 €		100 €	
● Bénéficiaire de moins de 16 ans	70 €		100 €	
● Verres	Voir Grille Itéllis Opti 2		Voir Grille Itéllis Opti 4	
● Suppléments optiques pris en charge par l'AMO	100% BR		100% BR	
LENTILLES				
● Lentilles prises en charge par la SS	100% BR + 75 € au-delà 100% BR		100% BR + 100 € au-delà 100% BR	
● Lentilles non prises en charge par la SS (y compris jetables) <i>par an et par bénéficiaire</i>	100% BR + 75 € au-delà 100% BR		100% BR + 100 € au-delà 100% BR	
CHIRURGIE REFRACTIVE				
● Chirurgie de l'œil, <i>par œil</i> (bénéficiaire de 18 ans ou plus et de moins de 40 ans)	250 €/ an/bénéficiaire		300 €/an/bénéficiaire	

GARANTIES

Garanties exprimées y compris remboursement de la Sécurité sociale

NATURE DES SOINS	FORMULE 1 REGIME RESPONSABLE	FORMULE 2 REGIME RESPONSABLE
DENTAIRE Le cumul des remboursements prévus au titre des prothèses dentaires prises en charge (hors soins prothétiques 100% Santé) ou non par l'AMO est limité à: - 3 000 € par an et par bénéficiaire pour la Formule 1 - 3 500 € par an et par bénéficiaire pour la Formule 2 Au-delà de cette limitation, et dans le cadre du respect des obligations relatives au panier de soins, les prothèses dentaires prises en charge par l'AMO seront remboursées à hauteur de 125% BR		
PROTHESES (prothèses fixes, provisoires, amovibles, bridges, et inlay core)- 100% SANTE ⁽²⁾	100% FR - SS soumis à HLF	100% FR - SS soumis à HLF
PROTHESES ET SOINS HORS 100% SANTE A TARIFS MAITRISE ET LIBRE		
● Soins dentaires	150% BR	300% BR
● Parodontologie remboursée par la SS	150% BR	300% BR
● Prothèses dentaires remboursées par la SS	300% BR	400% BR
● Prothèses transitoires (provisoires) prises en charge par l'AMO	125% BR	125% BR
ORTHODONTIE		
● Orthodontie remboursée par la SS	300% BR	400% BR
● Orthodontie non remboursée par la SS	300% BRR (soit 580,50 €)	400% BRR (soit 774,00 €)
ACTES DENTAIRE NON REMBOURSES SS		
● Prothèses dentaires non remboursées par l'AMO	323 € par prothèse	430 € par prothèse
● Implantologie (Pose et pilier implantaire)	110 € par implant (maxi 2/an/bénéficiaire)	110 € par implant (maxi 2/an/bénéficiaire)
● Parodontologie non remboursée par la SS	10% PMSS/an/bénéficiaire	10% PMSS/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES Le remboursement ne peut dépasser 1700€ par aide auditive (Remboursement SS + complémentaire)		
PROTHESES AUDITIVES - 100% SANTE ⁽¹⁾ - A compter du 01/01/2021	100% FR - SS soumis à PLV	100% FR - SS soumis à PLV
PROTHESES AUDITIVES - HORS 100% SANTE		
● Bénéficiaire de moins de 20 ans (par oreille et tous les 4 ans)	305 € par appareil (au-delà 100%TM)	450 € par appareil (au-delà 100%TM)
● Bénéficiaire de 20 ans et plus (par oreille et tous les 4 ans)	305 € par appareil (au-delà 100%TM)	450 € par appareil (au-delà 100%TM)
● Accessoires (Piles, réparation pris en charge par la SS)	150% BR	250% BR
AUTRES POSTES		
MATERNITE		
● Maternité (doublée en cas de naissance multiple) / Adoption enfant de moins de 12 ans	150 €	200 €
CURE THERMALE		
● Forfait de surveillance médicale, forfait thermal ,frais de transport et d'hébergement	210 €/an/bénéficiaire	300 €/an/bénéficiaire
OBSEQUES		
● Frais d'obsèques (en cas de décès d'un membre participant, de son conjoint, partenaire ou concubin ou d'un enfant à charge âgé de 12 ans ou plus)	310 € dans la limite des frais réels	450 € dans la limite des frais réels
ASSISTANCE		
● Organisme et n° de convention	Incluse	Incluse
ACTES DE PREVENTION		
● Dépistage tous les 5 ans , des troubles de l'audition chez les plus de 50 ans		
● Médecin adhérent à un DPTAM	150% BR	250% BR
● Médecin non adhérent à un DPTAM	130% BR	200% BR
● Dépistage de l'hépatite B	250% BR	250% BR
● Bilan initial des troubles du langage oral et écrit (avant 14 ans)	250% BR	250% BR
● Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans tous les 6 ans		
● Médecin adhérent à un DPTAM	150% BR	250% BR
● Médecin non adhérent à un DPTAM	130% BR	200% BR
● Détartrage complet sus et sous gingival (effectué en 2 séances au maximum)	100% FR	100% FR
● Scellement des sillons sur les molaires (avant 14 ans)	150% BR	300% BR
● Sevrage tabagique (sur présentation d'une facture acquittée)	50 €/an/ bénéficiaire	80 €/an/ bénéficiaire
● Pilule contraceptive, prescrite médicalement, non prise en charge par l'AMO	60 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
Vaccins		
● Diphtérie, tétanos, poliomyélite (tout âge)		
● Coqueluche (avant 14 ans)		
● Hépatite B (avant 14 ans)		
● BCG (avant 6 ans)		
● Rubéole (pour certaines femmes)		
● Haemophilus, influenzae B		
● Vaccins contre les infections invasives à pneumocoques (enfant de moins de 18ans)		
● Organisme et n° de convention	100% BR	100% BR
Les actes de prévention listés à l'arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à :	Incluse	Incluse
	Minimum selon la législation en vigueur	Minimum selon la législation en vigueur

⁽¹⁾ Les dépenses prises en compte seront remboursées dans la limite des Prix Limites de Vente fixés par le Législateur

⁽²⁾ Les dépenses prises en compte seront remboursées dans la limite des Honoraires Limites de Facturation fixés par le Législateur

FR : Frais Réels

BR : Base de Remboursement

BRR : Base de Remboursement Reconstituée

SS : Sécurité sociale

PLV : Prix limites de vente

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

DPTAM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale
(3 428 € en 2022)

TM : Ticket Modérateur

HLF : Honoraires limites de facturation

OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale
(3 428 € en 2022)

TM : Ticket Modérateur

HLF : Honoraires limites de facturation

GRILLE OPTI 2 : Au titre de la Formule 1

Hors Panier 100% Santé	Défaut visuel		Dans le réseau d'opticiens partenaires		Hors réseau d'opticiens partenaires	
Classe de défaut visuel	Myopie ou hypermétropie (Dioptries)	Astigmatisme (Dioptries)	Verre simple foyer	Verre progressif jusqu'à la 4 ^{ème} génération	Verre simple foyer	Verre progressif
Classe 1	de 0 à 2	inférieur ou égal à 2	Résistant aux rayures	Super antireflets haut de gamme	35 C	140 C
Classe 2	de 0 à 2 de 2,25 à 4	de 2,25 à 4 inférieur ou égal à 2	Aminci Super antireflets	Super antireflets haut de gamme	35 C	140 C
Classe 3	de 2,25 à 4 de 4,25 à 6	de 2,25 à 4 inférieur ou égal 4	Super aminci Super antireflets haut de gamme	Super aminci Super antireflets haut de gamme	75 C	180 C
Classe 4	de 6,25 à 8 de 0 à 8	inférieur à 4 supérieur ou égal à 4,25	super asphérique Super aminci Super antireflets haut de gamme	Ultra aminci Super antireflets haut de gamme	100 C	210 C
Classe 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 C	240 C

Equipements 100% Santé tels que définis réglementairement : remboursement (incluant RO) à hauteur des Prix Limites de Vente

* Par verre. ** Remboursement Obligatoire de l'Assurance Maladie.

GRILLE OPTI 4 : Au titre de la Formule 2

Hors Panier 100% Santé	Défaut visuel		Dans le réseau d'opticiens partenaires		Hors réseau d'opticiens partenaires	
Classe de défaut visuel	Myopie ou hypermétropie (Dioptries)	Astigmatisme (Dioptries)	Verre simple foyer	Verre progressif jusqu'à la 4 ^{ème} génération	Verre simple foyer	Verre progressif
Classe 1	de 0 à 2	inférieur ou égal à 2	Aminci Super antireflets haut de gamme	Aminci Super antireflets haut de gamme	60 C	160 C
Classe 2	de 0 à 2 de 2,25 à 4	de 2,25 à 4 inférieur ou égal 2	Aminci Super antireflets haut de gamme	Aminci Super antireflets haut de gamme	60 C	160 C
Classe 3	de 2,25 à 4 de 4,25 à 6	de 2,25 à 4 inférieur ou égal 4	Surface asphérique Super aminci Super antireflets haut de gamme	Super aminci Super antireflets haut de gamme	85 C	200 C
Classe 4	de 6,25 à 8 de 0 à 8	inférieur à 4 supérieur ou égal à 4,25	Surface à géométrie évoluée Ultra aminci Super antireflets haut de gamme	Ultra aminci Super antireflets haut de gamme	110 C	240 C
Classe 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 C	300 C

Equipements 100% Santé tels que définis réglementairement : remboursement (incluant RO) à hauteur des Prix Limites de Vente

* Par verre. ** Remboursement Obligatoire de l'Assurance Maladie.

STRUCTURE D’AFFILIATION

- Les garanties du contrat sont accordées au profit des catégories « Adulte» - «Adulte + 1 enfant» - «Adulte + 2 enfants ou plus» - «Couple» - «Famille».
- Dans ce cas sont couverts par le contrat :
 - ✓ Au titre de la catégorie «Adulte»: le membre participant seul, à l’exclusion de ses ayants droit;
 - ✓ Au titre de la catégorie «Adulte + 1 enfant» : un adulte tel que défini ci-avant et un seul enfant à charge déclaré à La Mutuelle Générale et répondant à la définition du glossaire de la notice d’information des conditions générales;
 - ✓ Au titre de la catégorie «Adulte + 2 enfants» : un adulte tel que défini ci-avant et 2 enfants ou plus à charge déclarés à La Mutuelle Générale et répondant à la définition du glossaire de la notice d’information des conditions générales ;
 - ✓ Au titre de la catégorie «Couple» : le membre participant et son conjoint ,partenaire ou concubin , déclarés à La Mutuelle Générale et répondant à la définition du glossaire de la notice d’information des conditions générales;
- Au titre de la catégorie « Famille », le membre participant et ses ayants droit déclarés à La Mutuelle Générale , répondant à la définition du glossaire de la notice d’information des conditions générales .

TARIFS MENSUELS

Au 1 ^{er} Janvier 2022	Formule 1	Formule 2
Adulte	97,22 €	120,03 €
Adulte + 1 enfant	160,00 €	199,79 €
Adulte avec deux enfants ou plus	221,00 €	277,43 €
Couple	191,13 €	236,00 €
Famille	243,49 €	308,30 €



VOTRE RÉSEAU DE SOINS
ITELIS

Itelis, un réseau de 8 000 partenaires

Grâce au réseau professionnel de santé Itelis, vous bénéficiez de tarifs et de services négociés pour les soins dentaires, auditifs et optiques.

Les avantages du réseau Itelis

EN SOINS DENTAIRES

Un réseau de **2 500 chirurgiens-dentistes** partenaires

- Des tarifs préférentiels sur des prestations définies (jusqu'à -15% sur les prothèses les plus fréquentes : couronnes, bridges, implants...),
- Le Tiers-Payant pour les prothèses,
- La garantie implant : le chirurgien-dentiste Itelis garantit le remplacement de l'implant en cas de rejet.

EN SOINS AUDITIFS

Un réseau de **1 500 centres d'audioprothèses**

- Des tarifs préférentiels : jusqu'à 15% d'économie sur les aides auditives et 15% de remise minimale sur les produits para-audios,
- Une extension de garantie à 4 ans (garantie dépannage en cas de casse, d'inadaptation, déménagement),
- Un contrôle annuel de l'audition.

EN SOINS OPTIQUES

Un réseau de **+ 3 000 opticiens** partenaires

- Une sélection de verres à tarifs préférentiels (jusqu'à - 40%) répondant aux normes CE,
- Un large choix de montures de toutes matières, de toutes formes et de marques, avec des remises de 15% minimum,
- Remise minimale de 10% sur les lentilles,
- Le Tiers-Payant à hauteur de la garantie du contrat.

Exemples : verres progressifs

	Hors réseau	Réseau Itelis	Economie	
Monture	175 €	148,50 €	26,50 €	-15%
*Verres	400 €	202 €	198 €	-49%
Reste à charge	285 €	0 €		

(comparatif à équipement identique selon les caractéristiques ci-dessus)

***Défaut visuel** : Presbytie avec un léger défaut visuel de loin (avec ou sans astigmatisme), nécessitant un port constant, vision de loin et de près.

Verre proposé : Verre progressif type génération 5, aminci (indice 1.6), antireflet haut de gamme.

DES SERVICES COMPLETS

- Entretien gratuit de vos lunettes (service après-vente : 2 ans minimum),
- Commande du modèle de monture de votre choix si celui-ci n'est pas présent en magasin (en fonction des stocks disponibles).

DES GARANTIES SPÉCIFIQUES

- **Le contrat casse**
Vos lunettes, verres et monture, sont garantis 2 ans, sans franchise.
- **Le contrat adaptation de lunettes**
En cas d'inconfort visuel, remplacement de vos verres progressifs dans le mois suivant votre achat.
- **Le contrat adaptation des lentilles**
En cas d'intolérance, de casse ou de déchirure, remplacement de vos lentilles dans les 3 mois suivants votre achat (hors lentilles jetables ou à renouvellement fréquent).

LE CONTRAT ANNUEL DE LA VUE

À titre de prévention, les opticiens partenaires Itelis équipés réalisent un examen de l'évolution de votre vue dans le cadre de la réforme 100% Santé.

Le réseau Itelis : mode d'emploi

Pour bénéficier des avantages du réseau Itelis, la démarche est la suivante :

LOCALISATION DU PROFESSIONNEL

Je trouve le professionnel le plus proche :

- En me connectant à mon espace dédié sur <https://diotbyhelium.gestion-sante.com>
- Ou par téléphone au **03 52 62 65 66**

DÉPLACEMENT CHEZ LE PROFESSIONNEL

Je me rends chez le professionnel muni de ma carte de Tiers-Payant où figure le logo Itelis et je demande à bénéficier des avantages partenaires :

● En dentaire et en audioprothèse

• Le partenaire adresse sa demande par fax selon les coordonnées mentionnées sur la carte de Tiers-Payant et Diot By Hélium répond sous 48 heures au professionnel.

● En optique

- L'opticien partenaire saisit une demande de prise en charge ou un devis par internet qu'il vous demande de signer.
- Vous passez en magasin récupérer votre équipement et signez la facture récapitulant les remboursements de la Sécurité sociale, de la complémentaire santé, et votre éventuel reste à charge.

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

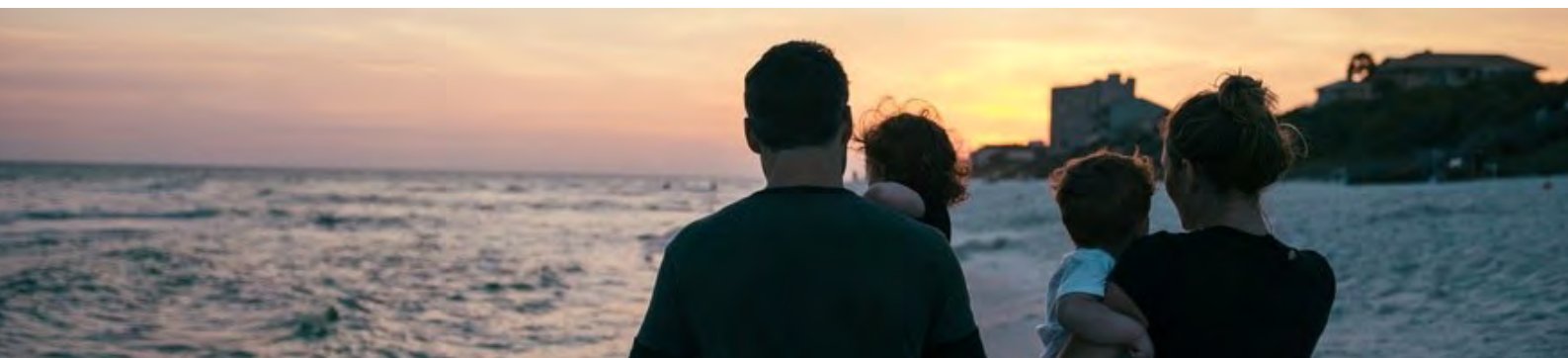
Via cet espace, vous pouvez facilement et rapidement trouver un professionnel de santé partenaire près de chez vous. Ces partenaires pourront vous faire bénéficier du Tiers-Payant, vous évitant ainsi l'avance de vos frais de santé.






QUI SONT LES
BENEFICIAIRES ?

QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES ?

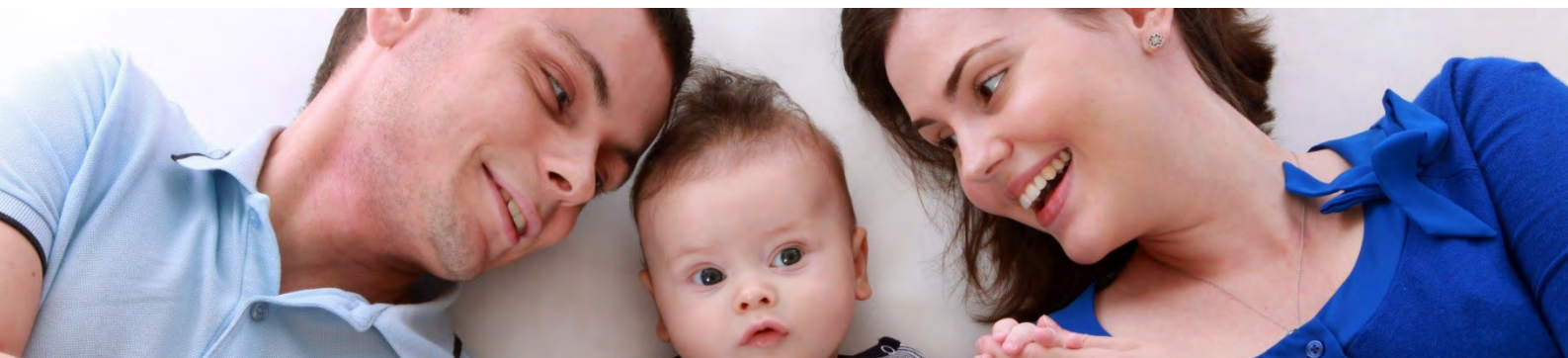


- **Votre Conjoint**, non divorcé et non séparé de corps judiciairement, exerçant ou non une activité professionnelle
- **Votre Concubin**, exerçant ou non une activité professionnelle sous réserve de vivre sous le même toit, d'être libre de tout autre lien de même nature, c'est-à-dire célibataire, veufs ou divorcés
- **Votre Partenaire** lié par un Pacte Civil de Solidarité, exerçant ou non une activité professionnelle
- **Les enfants**, à votre charge et ceux de votre conjoint ou concubin ou partenaire lié par 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 18ème ou 28ème anniversaire.

 quel que soit leur âge, s'ils sont atteints 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).

MODALITÉS DE CHANGEMENT D'OPTION



Changement à la hausse

- Possibilité d'adhérer à la formule 2, lorsque vous êtes adhérent à la formule 1 depuis 1 an minimum, sous conditions de transmettre une demande auprès du service adhésion Diot by Helium avant le 20 décembre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'année suivante
- A tout moment, en cas de changement de situation de famille (naissance, mariage, divorce ..), en adressant une demande auprès du service adhésion Diot by Helium, mentionnant le niveau choisi

Les garanties prennent effet le premier jour du mois suivant la date de d'envoi de la demande auprès de Diot By Hélium.

Changement à la baisse

- Possibilité de réduire son niveau de couverture sous condition de transmettre une demande auprès du service adhésion Diot by Helium avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'année suivante
- Possibilité de revenir à la formule 2 qu'après un délai de 2 ans

SERVICES PLUS




L'ASSISTANCE



La Mutuelle Générale met en œuvre des services d'assistance auprès de **IMA ASSURANCES**

IMA ASSURANCES vous accueille **24h/24** et **7j/7**, et ce quel que soit l'endroit où vous vous trouvez, en France, comme à l'étranger.

 Depuis le France : **09 69 363 765**
Depuis l'étranger : **+ 33 5 49 34 88 73**

Garanties dès votre souscription :

- **Ecoute, information** (IMA ASSURANCES organise la mise en œuvre des interventions, conseille et oriente pour trouver la meilleure solution aux problèmes de vie quotidienne)
- **Informations juridiques** (IMA ASSURANCES met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi de 8 h à 19 h, hors jours fériés, un service téléphonique pour apporter des réponses en matière de droit français dans les domaines tels que: famille, santé, droit du travail ...)
- **Soutien psychologique** (IMA Assurances organise et prend en charge selon la situation : jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien et si nécessaire , jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien).
- **Mise en relation avec un prestataire** (A la demande du bénéficiaire, IMA ASSURANCES peut lui transmettre les coordonnées d'un prestataire de services à domicile (aide à domicile , auxiliaire de vie, garde enfant...)

Le coût des prestations reste à la charge du bénéficiaire.

(se référer à la notice Assistance la Mutuelle Générale).



QUI SOMMES NOUS ?

QUI SOMMES-NOUS ?



Diot By Hélium est une société française, basée à Marcq-en-Baroeul, 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, Diot By Hélium place l'intérêt de ses clients au centre de ses préoccupations.

Diot By 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), Diot By 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** de Diot By Hélium.

NOS VALEURS

Respect

Intégrité

Transparence

Rigueur

DIOT BY HÉLIUM, EN QUELQUES CHIFFRES

50 000

bénéficiaires

1 500

entreprises gérées

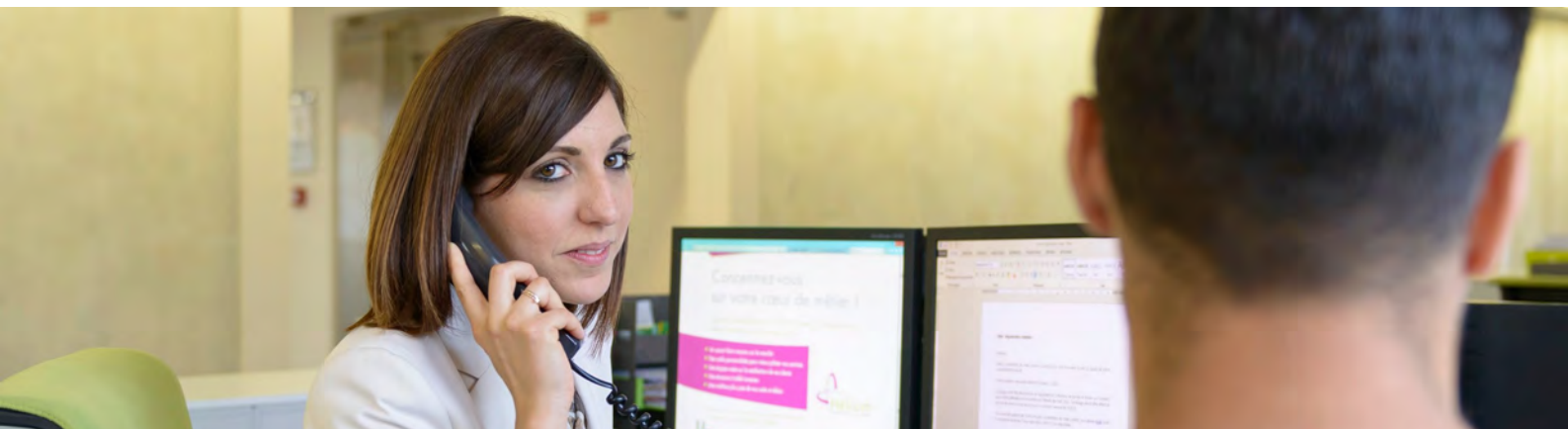
30

collaborateurs



COMMENT NOUS
CONTACTER ?

COMMENT NOUS CONTACTER ?



VIA L'EXTRANET

Connectez-vous à <https://diotbyhelium.gestion-sante.com/> et rendez-vous sur la rubrique « **Nous contacter** » (retrouvez votre identifiant (le numéro adhérent) sur l'attestation de Tiers-Payant, Diot By 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 :

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

devis@diotbyhelium.com (pour la transmission de devis dentaires et hospitaliers).

hospitalisation@diotbyhelium.com (pour toute demande de prise en charge hospitalière).

optique@diotbyhelium.com (pour la transmission des devis et des prises en charge optique).

prestations@diotbyhelium.com (pour les demandes de remboursements tous soins confondus).

renseignement@diotbyhelium.com (pour toutes demandes de renseignement).



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

NUMÉRO
NON-
SURTAXÉ*

Contactez le **03 28 32 82 00**

*Du lundi au vendredi de 08h30 à 17h00.

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



VIA L'APPLICATION MOBILE

Disponible gratuitement sur IOS et Android



PAR COURRIER

Adresse postale :

Diot By Hélium
PARC EUROPE - Bâtiment 10 Bis
340 Avenue de la Marne - CS 15036
59705 MARCQ-EN-BAROEUL Cedex



PAR FAX

03 28 32 82 01



VOTRE ESPACE
ADHERENT

VOTRE ESPACE ADHERENT



LES SERVICES EN LIGNE

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

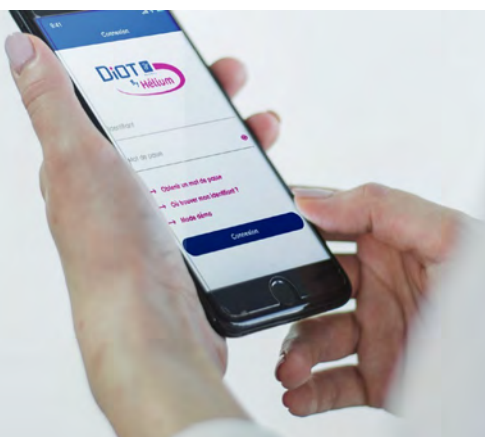


Les fonctionnalités

- **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 de soins et ordonnance).
- **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 Diot by 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 ADHERENT



L'APPLICATION MOBILE DIOT BY HÉLIUM

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



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 Diot By 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.

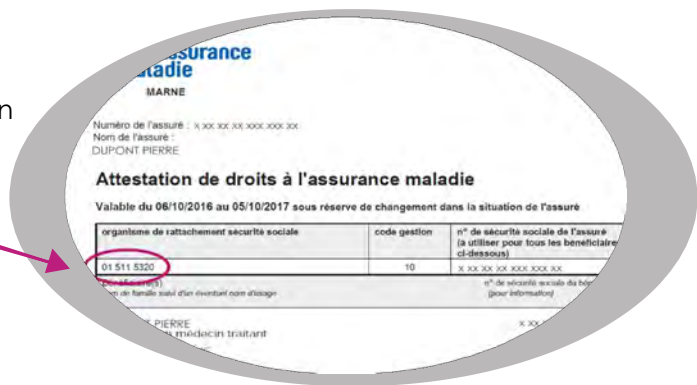
Le bulletin en ligne se remplit en 3 étapes :

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 : XXXXX547
Typ Conv : voir colonnes, CSR :
N° adhérent : XXXX 92 **R**
X



ATTESTATION DE TIERS PAYANT
HELIUM / DIOT BY HELIUM
Parc Europe – Bât 10 bis – CS 15036
59705 MARCQ EN BAROEUL Cedex

Assuré principal AMC : LAPP Martial

Période de validité :
01/01/2021 au 31/12/2021
DROITS EN LIGNE OUVERTS - IDB

N° contrat : XXXXX27

Bénéficiaires du tiers payant			Dépenses de santé concernées par le tiers payant (*)							
Nom - Prénom	Date de naissance - Rang	N°INSEE	Typ Conv	PHAR* SP	MED* SP	SVIL* SP	CSTE* SP	EXTE* IS	ODEA CB	HOSP OC
LAPP Martial	04/11/1972 1	1 72 11 XX XXX XXX XX		100%	100%	100%	100%	100%	PEC (2)	PEC (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 : adhesions@diotbyhelium.com.
- 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 adhesions@diotbyhelium.com, en précisant votre nom et numéro d'assuré (ou, à défaut, votre numéro de Sécurité sociale).
- Vous pouvez également retrouver votre attestation de Tiers-Payant sur l'**application mobile** Diot By Hélium. 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.

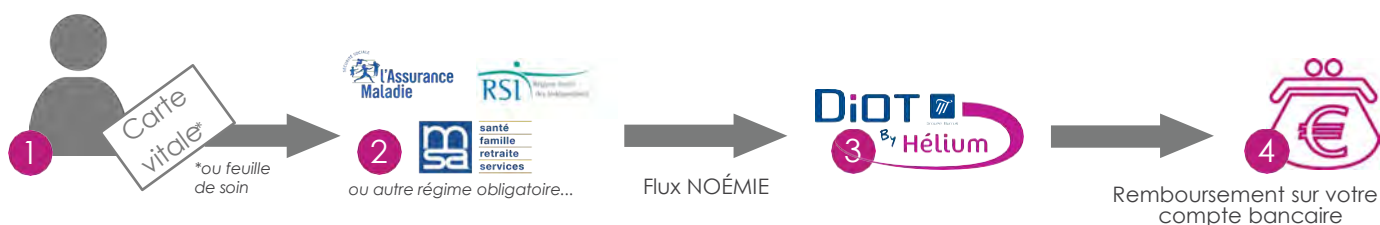
Le Tiers-Payant généralisé

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 Diot By 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



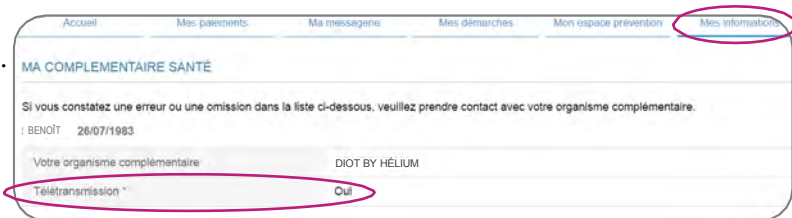
La télétransmission « NOÉMIE » vous permet de bénéficier de remboursements rapides en vous évitant de devoir transmettre vos décomptes à votre complémentaire santé.



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.



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.

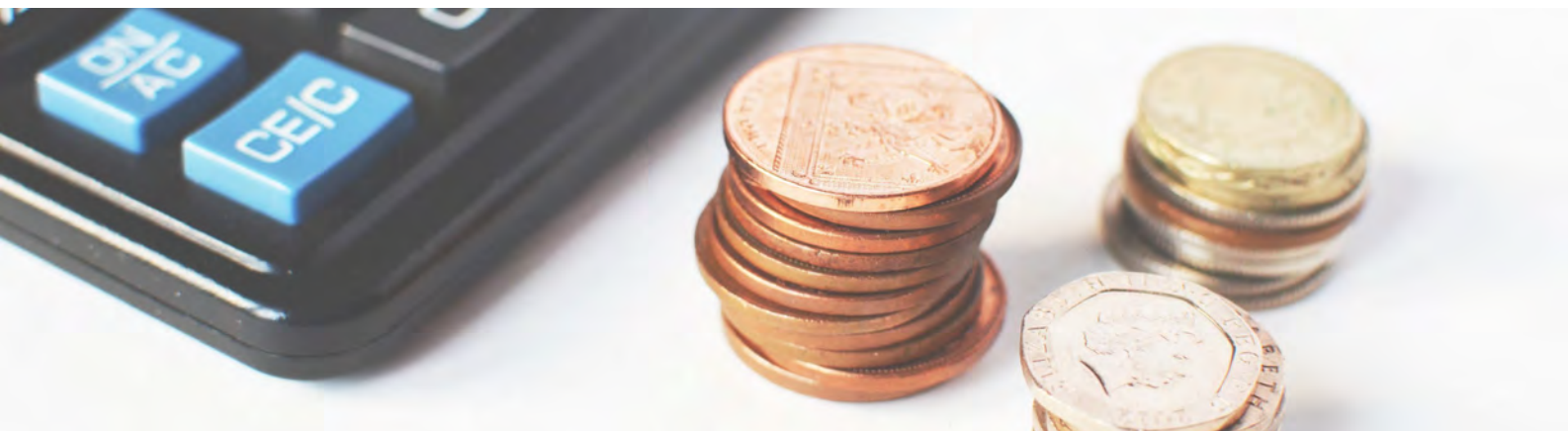
En cas de télétransmission inactive, Diot By Hélium prend le soin de vous en informer et vous accompagne dans la résolution de ce problème.



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.

i 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 soit par email, par courrier (voir adresses dans la rubrique « Comment nous contacter ? », de ce guide) ou par l'application mobile.

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** ». 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@diotbyhelium.com ou par courrier et fax (se référer à nos coordonnées dans la rubrique « Comment nous contacter ? », du présent guide).

● VIA L'APPLICATION MOBILE

Vous pouvez également transmettre votre demande via la rubrique « Démarches » de l'application mobile.

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 Diot by 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, Kalixia, 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.

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 Diot By 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.



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

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://annuaire.sante.ameli.fr/> puis saisir les coordonnées du médecin pour vérifier s'il est adhérent 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 Diot By 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://diotbyhelium.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 adhesions@diotbyhelium.com

Par courrier : **Diot By Hélium - 340 Avenue de la Marne - CS 15036 - 59705 MARCQ-EN-BAROEUL**
Cedex

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

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 adhesions@diotbyhelium.com

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.

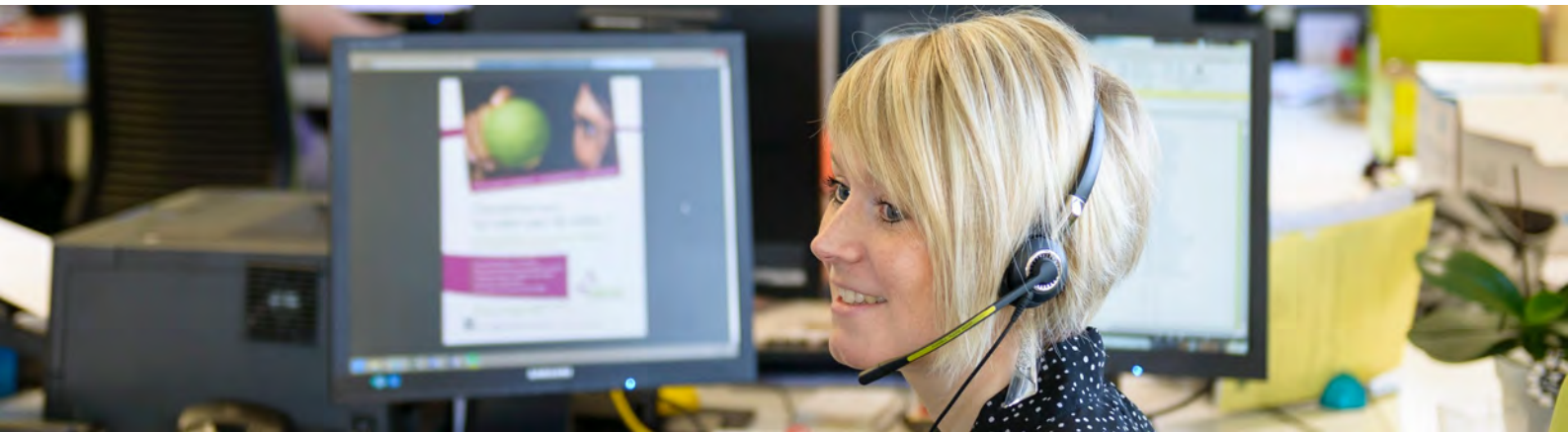
CONJOINT DISPOSANT DE SA PROPRE MUTUELLE

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 sauf contre-indication de l'ophtalmologue qui réduit souvent le délai à 1 an.
- 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

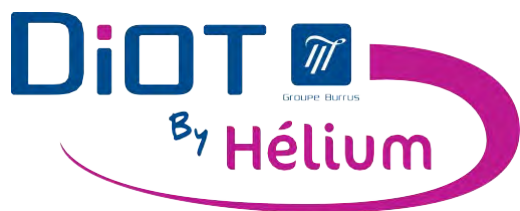
Retrouvez l'annuaire des coordonnées des professionnels de santé proches de chez vous sur le site : www.ameli.fr
Cet annuaire précise pour chaque médecin, son secteur d'appartenance : lorsque le médecin est en honoraires libres (secteur 2), vous pouvez obtenir soit le tarif pratiqué le plus fréquemment, 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.



S.F.P - Société Française de Prévention - SAS au capital 10 000,00 € – RCS Lille Métropole 472 503 010 - N° T.V.A. FR 27 472 503 010
PARC EUROPE - Bâtiment 10 Bis - 340 Avenue de la Marne - CS 15036 - 59705 MARCQ-EN-BAROEUL Cedex
Tél : +33 (0)3 28 32 82 00 - Fax : +33 (0)3 28 32 82 01
N° ORIAS : 07 000 585 consultable à l'adresse www.orias.fr
Service réclamation : reclamation@diotbyhelium.com

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