

PIMKIE

Résumé de garanties Frais de Santé AU 1^{er} janvier 2017



BENEFICIAIRES DES GARANTIES

- ➔ Vous-même, en tant que salarié de PIMKIE et relevant du régime général de Sécurité Sociale, bénéficiez du régime Frais de santé à adhésion obligatoire, sans condition d'ancienneté.

Les ayants droit :

- ➔ Le conjoint du salarié à charge au sens de la sécurité sociale ; c'est-à-dire le conjoint ayant droit du salarié
- ➔ Le concubin du salarié ayant droit du salarié (à charge au sens de la Sécurité sociale) – *personne vivant en couple avec le salarié de même sexe ou de sexe différent, dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code Civil) ;*
- ➔ Le partenaire du salarié lié par un PACS ayant droit du salarié (à charge au sens de la Sécurité sociale) – *partenaire vivant sous le même toit que le salarié, et avec lequel il a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS). Ce PACS peut être conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code Civil) ;*
- ➔ Les enfants du salarié, ceux de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire, à charge au sens de la Sécurité Sociale en l'occurrence :
 - * les enfants âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études et immatriculés au régime de Sécurité Sociale des Etudiants ;
 - * les enfants en apprentissage ou en contrat de qualification percevant une rémunération inférieure à 50 % du SMIC en vigueur ;
 - * les enfants handicapés, titulaires de la carte d'invalidité d'au moins 80 %, quel que soit leur âge ;
- ➔ Les enfants du salarié, âgés de moins de 25 ans ayant terminés leurs études, inscrit à Pôle Emploi, à la recherche d'un premier emploi et percevant une allocation inférieure à 50 % du SMIC en vigueur ;
- ➔ Les enfants du salarié, âgés de moins de 25 ans effectuant un stage.

Le salarié peut, s'il le souhaite, étendre le bénéfice des garanties à son **conjoint non ayant droit (non à charge au sens de la Sécurité sociale)**.

Une cotisation spécifique est alors prélevée sur le compte bancaire du salarié.

Chaque salarié peut souscrire par ailleurs :

- ◆ À une option permettant la couverture du conjoint non ayant droit du salarié (non à charge au sens de la Sécurité sociale);
- ◆ À des options facultatives (« Plus »/ « Excellence ») dites « Sur complémentaires » financées intégralement par le salarié.

Le choix pour l'une de ces options s'effectue sur le bulletin individuel de modification.

Le choix d'une option peut être réalisé ultérieurement. Il prend effet au 1er janvier de l'année suivante, sous réserve d'en avoir fait la demande, par écrit, **au service des Ressources Humaines** avant le 30 novembre de l'année en cours. Le salarié s'engage à conserver le régime optionnel pendant une durée minimum de 3 ans.

De même, dans l'éventualité où le salarié souhaite résilier son adhésion aux garanties optionnelles, il doit en faire la demande par écrit avant le 30 novembre de chaque année. La demande devra être adressée par écrit **au service des Ressources Humaines**. Le retour au régime Socle ou à l'option Plus prend alors effet au 1er janvier de l'année suivante. Le retour au régime Socle ou à l'option Plus est obligatoire pour une durée de 3 ans.

A titre dérogatoire, en cas de changement de la situation matrimoniale en cours d'année (mariage, concubinage, conclusion d'un PACS, ou divorce, séparation) ou d'évolution de la situation professionnelle du conjoint en cours d'année, le choix de l'option « conjoint », ou la résiliation de cette option pourra prendre effet le premier jour du mois civil suivant la date de l'évènement. Il en est de même pour le passage en régime optionnel ou pour le retour au régime Socle ou à l'option Plus. Il appartiendra toutefois au salarié de justifier de l'évolution de cette situation au plus tard dans un délai de 1 mois.

GARANTIES – REGIME SOCLE OBLIGATOIRE

PRESTATIONS AU 1/01/2017 MISE EN CONFORMITE CCN COMMERCE DE GROS HABILLEMENT, MERCERIE, CHAUSSURE, JOUET DIRAMODE

HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE, MAISON DE REPOS, REEDUCATION FONCTIONNELLE, PSYCHIATRIE

Frais de séjours

Honoraires CAS

Honoraires NON CAS

Forfait hospitalier

Chambre particulière

Lit d'accompagnant

Transport accepté par la Sécurité Sociale

FRAIS MEDICAUX COURANTS

Visites / Consultations d'un généraliste CAS

Visites / Consultations d'un généraliste NON CAS

Visites / Consultations d'un spécialiste CAS

Visites / Consultations d'un spécialiste NON CAS

Actes de spécialités Médecin CAS

Actes de spécialités Médecin NON CAS

Auxiliaires médicaux

Frais d'analyse

Frais de radiologie CAS

Frais de radiologie NON CAS

PHARMACIE

Remboursement par la Sécurité Sociale y compris pharmacie à 15% et 35%

DENTAIRE

Soins acceptés par la Sécurité Sociale

Prothèses dentaires remboursées ou non par la SS et figurant à la nomenclature (2)

Orthodontie acceptée Sécurité Sociale

(3) Implant (pose de l'implant à l'exclusion de tout autre acte annexe (scanner, pilier, couronne))

Parodontologie et scellement de sillons

SOCLE

REMBOURSEMENTS

Les garanties sont exprimées en complément de la Sécurité sociale, dans la limite des frais engagés

secteur conventionné

secteur non conventionné

150% BR - RSS

150% BR - RSS

130% BR - RSS

100% du tarif légal

1% PMSS par jour

Néant

100% TM

100% TM

150% BR - RSS

130% BR - RSS

150% BR - RSS

130% BR - RSS

100% TM

100% TM

100% TM

100% TM

100% TM

225% BR - SS

225% BR - RSS

225% BR Reconstituée

Néant

(1) Les dépenses de confort personnel (Téléphone, TV etc ...) ne sont pas prises en charge.

(2) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

– couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel ;

– prothèses supra-implantaires : HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171 ;

– bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, piliers de bridge à recouvrement partiel.

(3) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

GARANTIES – REGIME SOCLE OBLIGATOIRE

PRESTATIONS AU 1/01/2017	
OPTIQUE	
Lentilles (acceptées ou refusées) : forfait annuel	
Chirurgie laser (4)	
Equipement optique	
Monture	
Verres simples	
Verres complexes	
Verres très complexes	
APPAREILLAGE	
Accepté par la Sécurité Sociale	
MATERNITE - ADOPTION	
Chambre particulière	
Frais d'accouchement (1)	
CURES THERMALES	
Acceptées par la Sécurité Sociale	
AUTRES PRESTATIONS	
Vaccins non remboursés par la SS mais prescrits médicalement	
Homéopathie	
Ostéopathie, acupuncture, chiropractie	
Sevrage tabagique	
ACTES DE PREVENTION	
Tous les actes de prévention dont la liste figure dans l'arrêté du 08/06/2006	
ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE MGD	
Convention d'assistance 32JA	

SOCLE	
REMBOURSEMENTS	
Les garanties sont exprimées en complément de la Sécurité sociale, dans la limite des frais engagés	
limitation à 1 paire de lunettes / 2 ans / bénéficiaire ramené à 1 an en cas d'évolution de la vue et pour les enfants mineurs Le décompte des périodes se fait à partir de la date d'acquisition.	
	100% TM
	Néant
	100 € + RSS
	100 € + RSS par verre
	150 € + RSS par verre
	150 € + RSS par verre
	100% TM
	1% PMSS par jour
	100% FR - RSS limité à 10% PMSS / an
	Néant
	100% FR
	Néant
	45 € par séance dans la limite 2 séances par an
	Néant
	Remboursés au titre des garanties souscrites
	Les services d'informations sont joignables du lundi au samedi de 9h. à 20h. Par téléphone : 01-49-93-65-05 Par télécopie : 01-49-93-80-21

HORS CAS (*) : - En secteur Non Conventionné les soins sont remboursés sur la base du Tarif d'Autorité (TA) et non sur la Base de Remboursement Conventionnée (BR)
La Séparation CAS – HORS CAS concerne l'ensemble des praticiens susceptibles de pratiquer des dépassements d'honoraires . Elle devrait également s'appliquer sur les « Consultations dentaires » (considérés comme « Honoraires ») ainsi que certaines « Analyses »

FR : Frais Réels - **BR** : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale -
MR : Montant Remboursé par la Sécurité Sociale - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

GARANTIES – SURCOMPLEMENTAIRE PLUS - FACULTATIVE

PRESTATIONS AU 1/01/2017 MISE EN CONFORMITE CCN COMMERCE DE GROS HABILLEMENT, MERCERIE, CHAUSSURE, JOUET DIRAMODE

HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE, MAISON DE REPOS, REEDUCATION FONCTIONNELLE, PSYCHIATRIE

Frais de séjours
Honoraires CAS
Honoraires NON CAS
Forfait hospitalier
Chambre particulière
Lit d'accompagnant
Transport accepté par la Sécurité Sociale

FRAIS MEDICAUX COURANTS

Visites / Consultations d'un généraliste CAS
Visites / Consultations d'un généraliste NON CAS
Visites / Consultations d'un spécialiste CAS
Visites / Consultations d'un spécialiste NON CAS
Actes de spécialités Médecin
Actes de spécialités Médecin CAS
Auxiliaires médicaux
Frais d'analyse
Frais de radiologie CAS
Frais de radiologie NON CAS

PHARMACIE

Remboursement par la Sécurité Sociale y compris pharmacie à 15% et 35%

DENTAIRE

Soins acceptés par la Sécurité Sociale
Prothèses dentaires remboursées ou non par la SS et figurant à la nomenclature (2)
Orthodontie acceptée Sécurité Sociale
(3) Implant (pose de l'implant à l'exclusion de tout autre acte annexe (scanner, pilier, couronne))
Parodontologie et scellement de sillons

PLUS

REMBOURSEMENTS

Les garanties sont exprimées en complément DU SOCLE, dans la limite des frais engagés

secteur conventionné

secteur non conventionné

100% FR - RSS dans la limite de 400% BR

350% BR

370% BR

Néant

1% PMSS / jour (1)

2% PMSS / jour (1)

Néant

Néant

50% BR

70% BR

50% BR

70% BR

Néant

100% BR - TM

100% BR - TM

Néant

20% BR

145% BR

75% BR

Néant

Néant

(1) Les dépenses de confort personnel (Téléphone, TV etc ...) ne sont pas prises en charge.

(2) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

– couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel ;

– prothèses supra-implantaires : HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171 ;

– bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, piliers de bridge à recouvrement partiel.

(3) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

GARANTIES – SURCOMPLEMENTAIRE PLUS - FACULTATIVE

PRESTATIONS AU 1/01/2017	
OPTIQUE	
Lentilles (acceptées ou refusées) : forfait annuel	
Chirurgie laser (4)	
Equipement optique	
Monture	
Verres simples	
Verres complexes	
Verres très complexes	
APPAREILLAGE	
Accepté par la Sécurité Sociale	
MATERNITE - ADOPTION	
Chambre particulière	
Frais d'accouchement (1)	
CURES THERMALES	
Acceptées par la Sécurité Sociale	
AUTRES PRESTATIONS	
Vaccins non remboursés par la SS mais prescrits médicalement	
Homéopathie	
Ostéopathie, acupuncture, chiropractie	
Sevrage tabagique	
ACTES DE PREVENTION	
Tous les actes de prévention dont la liste figure dans l'arrêté du 08/06/2006	
ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE MGD	
Convention d'assistance 32JA	

PLUS	
REMBOURSEMENTS	
Les garanties sont exprimées <u>en complément DU SOCLE</u> , dans la limite des frais engagés	
limitation à 1 paire de lunettes / 2 ans / bénéficiaire ramené à 1 an en cas d'évolution de la vue et pour les enfants mineurs Le décompte des périodes se fait à partir de la date d'acquisition.	
	6% PMSS
	500 € / an (2)
	Néant
	50 € par verre
	75 € par verre
	125 € par verre
	200% BR - TM
	1% PMSS / jour
	Néant
	5% PMSS / an
	Néant
	50 € / an / bénéficiaire
	5 € par an par bénéficiaire
	50 € / an / bénéficiaire
	Remboursés au titre des garanties souscrites
Les services d'informations sont joignables du lundi au samedi de 9h. à 20h. Par téléphone : 01-49-93-65-05 Par télécopie : 01-49-93-80-21	

(4) Exclusif de tout autre remboursement de lunetterie pendant les 2 années suivantes, le remboursement sera limité aux garanties du socle.

HORS CAS (*) : - En secteur Non Conventionné les soins sont remboursés sur la base du Tarif d'Autorité (TA) et non sur la Base de Remboursement Conventionnée (BR)
La Séparation CAS – HORS CAS concerne l'ensemble des praticiens susceptibles de pratiquer des dépassements d'honoraires . Elle devrait également s'appliquer sur les « Consultations dentaires » (considérés comme « Honoraires ») ainsi que certaines « Analyses »

FR : Frais Réels - **BR** : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale -
MR : Montant Remboursé par la Sécurité Sociale - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

GARANTIES – SURCOMPLEMENTAIRE EXCELLENCE - FACULTATIVE

PRESTATIONS AU 1/01/2017 MISE EN CONFORMITE CCN COMMERCE DE GROS HABILLEMENT, MERCERIE, CHAUSSURE, JOUET DIRAMODE

HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE, MAISON DE REPOS, REEDUCATION FONCTIONNELLE, PSYCHIATRIE

Frais de séjours
Honoraires CAS
Honoraires NON CAS
Forfait hospitalier
Chambre particulière
Lit d'accompagnant
Transport accepté par la Sécurité Sociale

FRAIS MEDICAUX COURANTS

Visites / Consultations d'un généraliste CAS
Visites / Consultations d'un généraliste NON CAS
Visites / Consultations d'un spécialiste CAS
Visites / Consultations d'un spécialiste NON CAS
Actes de spécialités Médecin CAS
Actes de spécialités Médecin NON CAS
Auxiliaires médicaux
Frais d'analyse
Frais de radiologie CAS
Frais de radiologie NON CAS

PHARMACIE

Remboursement par la Sécurité Sociale y compris pharmacie à 15% et 35%

DENTAIRE

Soins acceptés par la Sécurité Sociale
Prothèses dentaires remboursées ou non par la SS et figurant à la nomenclature (2)
Orthodontie acceptée Sécurité Sociale
(3) Implant (pose de l'implant à l'exclusion de tout autre acte annexe (scanner, pilier, couronne)
Parodontologie et scellement de sillons

EXCELLENCE

REMBOURSEMENTS

Les garanties sont exprimées en complément du SOCLE, dans la limite des frais engagés

secteur conventionné	secteur non conventionné
100% FR - RSS dans limite de 400% BR	
400% BR	
420% BR	
Néant	
1% PMSS / jour (1)	
2% PMSS / jour (1)	
Néant	
120% BR	
170% BR	
170% BR	
Néant	
100% BR - TM	
100% BR - TM	
Néant	
20% BR	
245% BR	
175%	
450 € / an / bénéficiaire	

(1) Les dépenses de confort personnel (Téléphone, TV etc ...) ne sont pas prises en charge.

(2) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

– couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel ;

– prothèses supra-implantaires : HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171 ;

– bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, piliers de bridge à recouvrement partiel.

(3) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

GARANTIES – SURCOMPLEMENTAIRE EXCELLENCE - FACULTATIVE

PRESTATIONS AU 1/01/2017

OPTIQUE

Lentilles (acceptées ou refusées) : forfait annuel

Chirurgie laser (4)

Equipement optique

Monture

Verres simples

Verres complexes

Verres très complexes

APPAREILLAGE

Accepté par la Sécurité Sociale

MATERNITE - ADOPTION

Chambre particulière

Frais d'accouchement (1)

CURES THERMALES

Acceptées par la Sécurité Sociale

AUTRES PRESTATIONS

Vaccins non remboursés par la SS mais prescrits médicalement

Homéopathie

Ostéopathie, acupuncture, chiropractie

Sevrage tabagique

ACTES DE PREVENTION

Tous les actes de prévention dont la liste figure dans l'arrêté du 08/06/2006

ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE MGD

Convention d'assistance 32JA

EXCELLENCE

REMBOURSEMENTS

Les garanties sont exprimées en complément du SOCLE, dans la limite des frais engagés

limitation à 1 paire de lunettes / 2 ans / bénéficiaire ramené à 1 an en cas d'évolution de la vue et pour les enfants mineurs
Le décompte des périodes se fait à partir de la date d'acquisition.

8% PMSS / an / bénéficiaire

500 € / an (2)

50 €

60 € par verre

150 € par verre

200 € par verre

250% BR

1% PMSS / jour

Néant

10% PMSS / an

Néant

50 € / an / bénéficiaire

55 € / an / bénéficiaire

100 € / an / bénéficiaire

Remboursés au titre des garanties souscrites

Les services d'informations sont joignables du lundi au samedi de 9h. à 20h.
Par téléphone : 01-49-93-65-05
Par télécopie : 01-49-93-80-21

(4) Exclusif de tout autre remboursement de lunetterie pendant les 2 années suivantes, le remboursement sera limité aux garanties du socle.

HORS CAS (*) : - En secteur Non Conventionné les soins sont remboursés sur la base du Tarif d'Autorité (TA) et non sur la Base de Remboursement Conventionnée (BR)

La Séparation CAS – HORS CAS concerne l'ensemble des praticiens susceptibles de pratiquer des dépassements d'honoraires . Elle devrait également s'appliquer sur les « Consultations dentaires » (considérés comme « Honoraires ») ainsi que certaines « Analyses »

FR : Frais Réels - **BR** : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale -

MR : Montant Remboursé par la Sécurité Sociale - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

TELETRANSMISSION & REMBOURSEMENTS DES PRESTATIONS



Cette procédure permet d'effectuer directement les échanges de vos décomptes de Sécurité Sociale avec votre organisme complémentaire. Nos remboursements se font par virement bancaire ou postal, aussi nous vous remercions de ne pas omettre de nous signaler tout changement d'intitulé bancaire.

A / COMMENT SAVOIR SI LES ECHANGES ONT COMMENCE POUR VOTRE CAISSE DE SECURITE SOCIALE ?

Sur votre décompte de Sécurité Sociale apparaîtra le message suivant : « *Conservez ce décompte, un double est transmis à votre assurance complémentaire* ».

	Vous bénéficiez de NOEMIE	Vous ne bénéficiez pas de NOEMIE
Hospitalisation médicale ou chirurgicale Attention : si vous souhaitez bénéficier d'une prise en charge hospitalière en établissement conventionné, adressez-vous à notre Accueil Client Téléphonique au 01 41 05 36 00, ou sur notre site internet www.ascoregestion.net	Séjour en Clinique : Vous devez transmettre l'original de la facture AMC acquittée de la clinique + la facture originale du praticien à ASCORE GESTION. Séjour en Hôpital : Vous devez transmettre l'avis des sommes à payer avec le reçu de paiement à ASCORE GESTION.	
Soins médicaux (consultation, visite.)	Votre organisme de Sécurité sociale transmet directement les informations au gestionnaire ASCORE GESTION pour le remboursement.	Vous devez transmettre le décompte original de la Sécurité sociale à ASCORE GESTION.
Pharmacie Vous avez une carte de tiers payant : Vous avez réglé le ticket modérateur sans utiliser la carte de tiers payant Vous n'avez pas de carte de tiers payant	Vous n'avez rien à faire, votre pharmacien sera remboursé. Vous devez transmettre la facture de votre pharmacien à ASCORE GESTION. Vous devrez avancer les frais auprès de votre pharmacien.	Vous n'avez rien à faire, votre pharmacien sera remboursé. Vous devez transmettre la facture de votre pharmacien à ASCORE GESTION. Vous devrez avancer les frais auprès de votre pharmacien + transmettre l'original du décompte de la Sécurité sociale à ASCORE GESTION
Dentaire Un devis préliminaire est préconisé et vous protège	Vous devez transmettre l'original de la facture détaillée et acquittée des frais engagés indiquant la codification des travaux effectués à ASCORE GESTION.	Vous devez transmettre le décompte original de la Sécurité sociale + l'original de la facture détaillée et acquittée des frais engagés indiquant la codification des travaux effectués à ASCORE GESTION.
Optique montures et verres + lentilles acceptées par la Sécurité sociale	Vous devez transmettre la copie de la nouvelle prescription médicale précisant également l'ancienne correction, l'original de la facture acquittée et détaillée de la monture et des verres (marques et qualités) à ASCORE GESTION.	Vous devez transmettre la copie de la nouvelle prescription médicale précisant également l'ancienne correction, l'original de la facture acquittée et détaillée de la monture et des verres (marques et qualités) à ASCORE GESTION.
Optique lentilles refusées par la Sécurité sociale	Vous devez transmettre la copie de la prescription médicale + la facture originale acquittée et détaillée des lentilles datant de moins de 2 ans à ASCORE GESTION.	
Cure thermique	Vous devez transmettre les factures originales acquittées à ASCORE GESTION.	Vous devez transmettre le décompte original de la Sécurité sociale + les factures originales acquittées à ASCORE GESTION.
Prime de maternité	Vous devez transmettre un extrait d'acte de naissance. Ainsi que l'ensemble des justificatifs liés à l'accouchement si les garanties sont limitées aux frais réellement engagés à ASCORE GESTION.	
Frais d'obsèques	Si votre contrat prévoit le remboursement des frais d'obsèques, adressez-nous : L'original de la facture mentionnant le nom de la personne ayant réglé les frais. Un extrait d'acte de décès.	

B / VOUS NE SOUHAITEZ PAS BENEFICIER DU SYSTEME « N.O.E.M.I.E. »

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de la procédure d'échange de données informatiques entre la Sécurité Sociale et le centre de gestion, il vous suffira de ne pas nous adresser la copie de votre attestation d'assuré social et de nous faire parvenir vos décomptes de Sécurité Sociale.

Remarque :

Enfants personnellement immatriculés à la sécurité sociale :

Il convient de nous faire parvenir chaque année un certificat de scolarité en cours de validité.

AVANTAGE DE VOTRE CARTE TIERS PAYANT



Conçue comme un véritable passeport santé, votre carte tiers-payant répertorie les informations essentielles pour chaque membre de votre famille. Pensez à la présenter à chaque professionnel de santé pour assurer la mise à jour des données et bénéficier de nombreux avantages.

La dispense d'avance de frais : Pensez à présenter votre carte tiers payant pour être dispensé de l'avance de frais de santé auprès de nombreux professionnels ou établissements : pharmacies, laboratoires d'analyse, centres de santé, radiologie

Toute utilisation frauduleuse de cette carte pourra entraîner des poursuites à votre encontre.

Connect@ide® :

un service innovant mis en place par Ascore Gestion à retrouver sur notre extranet et depuis votre mobile

Des outils pour faire le point sur votre état de santé



Des carnets de vaccination électroniques

afin de recevoir des recommandations vaccinales personnalisées



Des quiz dont un bilan général de santé

pour évaluer sa santé de façon ludique



Des liens utiles dans les domaines de la santé et du social

pour en savoir plus en cas de besoin

Un accès à une équipe pluridisciplinaire d'experts



Médecins

Avis médical en cas de questions ou d'inquiétudes sur des sujets divers de santé



Psychologues

Écoute et évaluation psychologique pour répondre à des problématiques personnelles ou professionnelles



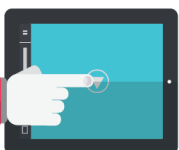
Assistants sociaux

Évaluation de la situation sociale globale avec la possibilité d'orientation vers des structures adaptées



Juristes

Information dans les domaines du droit français et assistance en cas de litige avec un professionnel ou un établissement de santé



Pour accéder au service flashez ce QR code





ASCORE GESTION
Adresse du TSA à VENIR

Pour toute correspondance, veuillez préciser :

- ✓ votre Nom et Prénom
- ✓ Votre numéro de Sécurité Sociale
- ✓ Le nom de votre Entreprise



www.ascoregestion.net

Lors de votre première connexion vous devez personnaliser votre code provisoire (celui-ci est indiqué sur vos décomptes de remboursement ou sur votre certificat d'adhésion)

Dans la rubrique « Mon Compte », vous pourrez :

- ✓ Consulter l'ensemble de vos remboursements
- ✓ Effectuer une prise en charge hospitalière 24h / 24h



gestion.pimkie@ascoregestion.com
Service Réclamations
servicereclamations@axiome-assurances.com

Bénéficiez de l'envoi de vos décomptes de remboursement, par Email ou notification par SMS :

Connectez-vous sur notre site :

www.ascoregestion.net

Rubrique « Décomptes par email & par SMS »

Et laissez-vous guider...



Tél. 01 41 05 36 45

Serveur Vocal Multi Langues 7j/7 & 24h / 24h
Informations sur les détails de vos remboursements 24h / 24h

Notre plateforme téléphonique est ouverte
Du Lundi au Vendredi de 8h30 à 17h30



Web

www.axelliance-conseil.com

Téléphone

Accueil : 01 41 05 36 00

Adresse

30 rue Victor Hugo - 92532 Levallois-Perret cedex

Mentions légales

SAS au capital de 95 904€ - N° ORIAS 07 006 071 - www.orias.fr - 384 105 870 RCS NANTERRE - Organisme soumis au contrôle de l'ACPR - 61 rue Taitbout 75009 PARIS - Axiome est une société Axelliance Groupe

En cas de réclamation: Axiome - Service Gestion des Réclamations - 30 rue Victor Hugo - 92532 Levallois Perret cedex - servicereclamations@axiome-assurances.com

Ce document est confidentiel et établi à l'intention exclusive de leurs destinataires. Toute modification, édition, utilisation ou diffusion non autorisée est interdite. Axelliance Assurance décline toute responsabilité au titre de ce document s'il est altéré, déformé, falsifié ou encore édité ou diffusé sans autorisation. Si vous avez reçu ce document par erreur, merci de nous en avvertir immédiatement et de le détruire