



VOS GARANTIES ET SERVICES FRAIS DE SANTÉ

PROMOTION DU PRÊT A PORTER

Au 1er janvier 2021

BIENVENUE CHEZ VERSPIEREN !

En tant qu'assuré chez Verspieren, vous bénéficiez d'une complémentaire santé de qualité qui vous permet une diminution de votre reste à charge sur vos principales dépenses de santé.

Télétransmission, tiers-payant, décompte frais de santé, un langage parfois compliqué pour bien comprendre le fonctionnement de sa complémentaire santé.

C'est pour cela que Verspieren a conçu, pour vous, ce guide dédié à la gestion de votre contrat santé. Chapitre par chapitre, il vous accompagne dans vos démarches pour une bonne compréhension et une bonne pratique du contrat mis en place par votre entreprise.

Afin de vous apporter un maximum de facilité au quotidien, Verspieren, votre interlocuteur unique pour la gestion de vos frais de santé, vous propose de nombreux services :

- la télétransmission pour les remboursements ;
- le tiers-payant ;
- la consultation des remboursements en temps réel sur Internet et smartphones ;
- l'accès au service relations-assurés...

Verspieren vous explique les remboursements des frais de santé, le rôle de la Sécurité sociale, de Verspieren et ce qui reste à votre charge.

Nous vous souhaitons une bonne lecture et vous garantissons de tout mettre en oeuvre pour vous apporter une entière satisfaction dans la gestion de votre contrat santé.

VOTRE ESPACE CLIENT :
monespace.verspieren.com

RÉFORME 100% SANTÉ

Objectif : L'amélioration progressive de l'accès aux soins sans reste à charge d'ici 2023



CRÉATION DE 3 PANIERS, PROPOSÉS PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

PANIER 100% SANTÉ	PANIER LIBRE	PANIER MAITRISÉ
Mise en place progressive de prix limites de vente pour les 3 postes : optique, dentaire et audio	Prix librement pratiqués par les professionnels de santé sans prix limite de vente pour les 3 postes : optique, dentaire et audio	Mise en place de prix limite de vente pour le poste dentaire uniquement.

Demandez systématiquement des devis pour les faire analyser par Verspieren !

EN OPTIQUE

PANIER 100% SANTÉ	PANIER LIBRE
Verres pour tous types de défauts visuels	
Aucun reste à charge à compter du 1er janvier 2020	Reste à charge selon le niveau de garanties Dans le cadre du contrat responsable : <ul style="list-style-type: none"> • Planchers et plafonds de prise en charge fixés selon le défaut visuel • Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans.
Monture dont le prix est plafonné à 30 €	Monture prise en charge dans la limite de 100 € dans le cadre du contrat responsable
Anti-reflets, anti-rayures et aminci obligatoire	Anti-reflets, anti-rayures et aminci facultatif
Tarifs plafonnés à partir du 1er janvier 2020	Tarifs libres
Augmentation de la base de remboursement de la Sécurité sociale	Diminution de la base de remboursement de la Sécurité sociale (nouvelle base de remboursement = 0,05 €)

EN DENTAIRE

PANIER 100% SANTÉ	PANIER MAITRISÉ	PANIER LIBRE
Prothèses céramiques monolithiques et céramométalliques sur les dents visibles et métalliques sur les dents non visibles	Prothèses céramiques monolithiques et céramo métalliques sur les dents non visibles	Autres prothèses
Aucun reste à charge à compter du 1er janvier 2020 ou 1er janvier 2021 selon les actes	Reste à charge selon le niveau de garanties	Reste à charge selon le niveau de garanties
Tarifs plafonnés et dégressifs à partir du 1er avril 2019 et jusqu'en 2023	Tarifs plafonnés et dégressifs à partir du 1er janvier 2020 et jusqu'en 2023	Tarifs libres
Augmentation des bases de remboursement de la Sécurité sociale		

EN AUDIOPROTHESE

PANIER 100% SANTÉ	PANIER LIBRE
Appareils pour tous types de défauts auditifs (3 options minimum de la liste A)	Appareils pour tous types de défauts auditifs (6 options minimum de la liste A)
Aucun reste à charge à compter du 1er janvier 2021	Reste à charge selon le niveau de garanties Plafond de prise en charge fixé à 1 700€ par oreille, tous les 4 ans, dans le cadre du contrat responsable (tous remboursements confondus).
Tarifs plafonnés (1 300 € en 2019 / 1 100 € en 2020 / 950 € en 2021)	Tarifs libres
Augmentation de la base de remboursement de la Sécurité sociale 400 € en 2021	

VOS GARANTIES

Les frais engagés sont remboursés, acte par acte, en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, **dans la limite des frais réels**, à concurrence de :

Nature des prestations	Régime SOCLE	Régime PLUS (y compris SOCLE)	Régime EXCELLENCE (y compris SOCLE)
Chirurgie et hospitalisation			
Frais de séjour	150% BR - SS	100% FR Limité à 400% BR	100% FR Limité à 400% BR
Honoraires médicaux DPTM	150% BR - SS	500% BR - SS	550% BR - SS
Honoraires médicaux HORS DPTM	130% BR - SS	500% BR - SS	550% BR - SS
Chambre Particulière	-	2% PMSS / Jour	2% PMSS / Jour
Forfait hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR
Lit accompagnant	-	2% PMSS / Jour	2% PMSS / Jour
Transport accepté par la Sécurité Sociale	100% BR - SS	100% BR - SS	100% BR - SS
Soins courants			
Consultations, visites généralistes DPTM	100% BR - SS	100% BR - SS	150% BR - SS
Consultations, visites généralistes HORS DPTM			
Consultations, visites spécialistes, actes de spécialités DPTM	150% BR - SS	200% BR - SS	320% BR - SS
Consultations, visites spécialistes, actes de spécialités HORS DPTM	130% BR - SS	200% BR - SS	320% BR - SS
Actes d'imagerie médicale, d'échographie DPTM	100% BR - SS	100% BR	100% BR
Actes d'imagerie médicale, d'échographie HORS DPTM			
Auxiliaires médicaux	100% BR - SS	100% BR - SS	100% BR - SS
Analyses	100% BR - SS	100% BR	100% BR
Pharmacie (y compris pharmacie à 15% et 35%)	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Appareillage, autres prothèses			
Acceptées par la Sécurité Sociale	100% BR - SS	200% BR	350% BR - SS
Aide auditive			
Equipement 100% Santé	Remboursement intégral dans la limite de 100% des Prix Limites de Vente		
Equipement hors 100% Santé	100% BR - SS	200% BR	350% BR - SS

Nature des prestations	Régime SOCLE	Régime PLUS (y compris SOCLE)	Régime EXCELLENCE (y compris SOCLE)
Cure thermale			
Acceptée par la Sécurité sociale	-	5% PMSS / an	10% PMSS / an
Optique (limité à une paire de lunettes tous les 2 ans ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les enfants de moins de 16 ans). La limite s'entend à compter de la date d'achat du 1 ^{er} équipement.			
Equipement 100% Santé	Verres Classe A (pour 2 verres et une monture) Remboursement intégral dans la limite de 100% des Prix Limites de Vente		
Panier libre	Verres Classe B		
Verres simples	50 €	300 €	320 €
Verres complexes	150 €	450 €	600 €
Verres très complexes	150 €	550 €	700 €
verre simple + verre complexe	100 €	375 €	460 €
verre simple + verre très complexe	100 €	425 €	510 €
verre complexe + verre très complexe	150 €	500 €	650 €
Monture	50 €	100 €	150 €
Lentilles acceptées ou refusées	100% BR - SS	TM + 6% PMSS / an	TM + 8% PMSS / an
Chirurgie laser	-	500€ / an (2)	500€ / an (2)
Frais dentaires			
Soins et prothèses : 100% Santé	Remboursement intégral dans la limite de 100% des Prix Limites de Vente		
Soins dentaires	100% BR - SS	120% BR - SS	120% BR - SS
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale :	Panier Maîtrisé : cf garanties ci-dessous dans la limite des PLV Panier Libre : cf garanties ci-dessous		
- Sur dent non visible	125% BR - SS	320% BR - SS	420% BR - SS
- Sur dent visible	125% BR - SS	370% BR - SS	470% BR - SS
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale mais figurant à la nomenclature :			
- Sur dent non visible	125% BR - SS	320% BR - SS	420% BR - SS
- Sur dent visible	125% BR - SS	370% BR - SS	470% BR - SS
Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale	125% BR - SS	300% BR - SS	400% BR - SS
Implant	-	-	450€ / an / bénéficiaire
Parodontologie et scellement de sillons	-	-	450€ / an / bénéficiaire

Nature des prestations	Régime SOCLE	Régime PLUS (y compris SOCLE)	Régime EXCELLENCE (y compris SOCLE)
Divers			
Vaccins non pris en charge par la SS mais prescrit médicalement	100% FR	100% FR	100% FR
Homéopathie	-	50€ / an	50€ / an
Ostéopathie, acupuncture, chiropractie	-	50€ / an	100€ / an
sevrage tabagique	-	50€ / an	100€ / an
Maternité			
Frais accouchement (1)	100% FR - SS limité à 10% PMSS	100% FR - SS limité à 10% PMSS	100% FR - SS limité à 10% PMSS
Chambre particulière	-	2% PMSS / Jour	2% PMSS / Jour

(1) les dépenses telles que Téléphone, TV, etc ne sont pas pris en charge

(2) exclusif de tout autre remboursement de lunettes pendant les 2 années suivantes, le remboursement sera limité aux garanties du Socle

LES DÉFINITIONS

Depuis le 1^{er} janvier 2017, les DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) englobent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS – dispositif déjà existant) et l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – nouveau dispositif). Les médecins signataires de l'un des DPTM s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de 100 % de dépassements d'honoraires et à réduire ou stabiliser leur taux de dépassement d'honoraires.

VOTRE MÉDECIN EST ADHÉRENT À L'UN DES DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (DPTM) ?

Vous bénéficiez d'une meilleure prise en charge de vos dépassements d'honoraires pratiqués par votre médecin

(si votre contrat frais de santé prévoit la prise en charge des dépassements).

VOTRE MÉDECIN N'EST ADHÉRENT À AUCUN DES DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (DPTM) ?

Vous disposez d'une prise en charge limitée de vos dépassements d'honoraires pratiqués par votre médecin.

COMMENT SAVOIR SI VOTRE MÉDECIN EST ADHÉRENT OU NON A L'UN DES DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (DPTM) ?

1. Vous pouvez interroger directement votre médecin.
2. Vous trouverez également l'information sur le site de l'Assurance-Maladie : **annuaire.sante.ameli.fr**

BR (base de remboursement) : tarif applicable par les médecins et par certains établissements (hôpitaux, cliniques, etc.) dispensant des actes médicaux qui ont signé une convention avec la Sécurité sociale.

FR (frais réels) : montant des honoraires payés aux professionnels de santé ou des dépenses engagées chez l'opticien, à la pharmacie.

PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale) : somme forfaitaire sur laquelle sont assises certaines cotisations sociales ou prestations. Il est fixé pour l'année 2020 à 3 428 €.

PLV (prix limite de vente) : Le prix limite de vente (PLV) 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.

RSS (remboursement Sécurité sociale) : somme effectivement remboursée par la Sécurité sociale correspondant à un pourcentage variable suivant l'acte médical. Le pourcentage est toujours appliqué à la base de remboursement, qui peut être différente des frais réellement engagés.

TM (ticket modérateur) : différence entre le tarif appliqué par la Sécurité sociale (« base de remboursement ») et le remboursement effectué par celle-ci.

SC (secteur conventionné) : ensemble des praticiens et des établissements médicaux ou hospitaliers qui ont signé une convention de tarif avec la Sécurité sociale.

SNC (secteur non conventionné) : à l'inverse, ensemble des praticiens et des établissements qui n'ont pas signé de convention de tarif avec la Sécurité sociale.

LES EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Actes	FR	BRSS	MRSS	SOCLE		PLUS (y compris SOCLE)		EXCELLENCE (y compris SOCLE)	
				Rembt Verspieren	Reste à Charge	Rembt Verspieren	Reste à Charge	Rembt Verspieren	Reste à Charge
Hospitalisation									
- Honoraires médicaux Ets non conventionné	2 200 €	313,50 €	313,50 €	DPTM : 156,75 € Hors DPTM : 94,05 €	DPTM : 1729,75 € Hors DPTM : 1792,45 €	DPTM : 1254,00 € Hors DPTM : 1254,00 €	DPTM : 632,50 € Hors DPTM : 632,50 €	DPTM : 1410,75 € Hors DPTM : 1410,75 €	DPTM : 475,75 € Hors DPTM : 475,75 €
Soins courants - dans le respect du parcours de soins									
- Consultation généraliste	25 €	25,00 €	16,50 €	DPTM : 7,50 € Hors DPTM : 7,50 €	DPTM : 1,00 € Hors DPTM : 1,00 €	DPTM : 7,50 € Hors DPTM : 7,50 €	DPTM : 1,00 € Hors DPTM : 1,00 €	DPTM : 7,50 € Hors DPTM : 7,50 €	DPTM : 1,00 € Hors DPTM : 1,00 €
- Consultation spécialiste	55 €	DPTM : 28,00 € Hors DPTM : 23,00 €	DPTM : 18,60 € Hors DPTM : 15,10 €	DPTM : 22,40 € Hors DPTM : 13,80 €	DPTM : 14,00 € Hors DPTM : 26,10 €	DPTM : 35,40 € Hors DPTM : 29,90 €	DPTM : 1,00 € Hors DPTM : 10,00 €	DPTM : 35,40 € Hors DPTM : 38,90 €	DPTM : 1,00 € Hors DPTM : 1,00 €
Dentaire : Panier Libre									
- Prothèse dentaire molaire	580 €	120,00 €	84,00 €	66,00 €	430,00 €	300,00 €	196,00 €	420,00 €	76,00 €
- Orthodontie acceptée (par semestre)	600 €	193,50 €	193,50 €	48,38 €	358,12 €	387,00 €	19,50 €	406,50 €	0,00 €
Optique : Panier Libre - Verres Classe B									
Dans Réseau :									
- Verres complexes	350 €		0,06 €	150,00€	199,94€	349,94€	- €	349,94€	- €
- Monture	150 €		0,03 €	50,00€	99,97€	100,00€	49,97€	149,97€	- €
Hors Réseau :									
- Verres complexes	500 €		0,06 €	150,00€	349,97€	450,00€	49,94€	499,94€	- €
- Monture	180 €		0,03 €	50,00€	129,97€	100,00€	79,97€	150,00€	29,97€

Comment savoir si votre médecin est adhérent au DPTM ?

1. Vous pouvez interroger directement votre médecin.
2. Vous trouverez également l'information sur le site de l'Assurance Maladie : www.annuaresante.ameli.fr

Si aucune information sur le contrat d'accès aux soins n'est précisée sur le site Ameli, c'est que le professionnel de santé n'est pas adhérent à ce contrat.



LES BÉNÉFICIAIRES

Sont garantis au titre du régime complémentaire « frais de santé » :

- le **salarié** sans condition d'ancienneté,

et ses « ayants-droit » définis comme suit :

- **les enfants** du salarié, du conjoint (concubin ou partenaire), ayants droit au sens de l'article L. 313-3 du Code de la Sécurité sociale :

- âgés de moins de 16 ans,
- âgés de moins de 28 ans, s'ils justifient de la poursuite d'études et s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale au titre du régime « étudiant » au sens de l'article L. 381-4 du Code de la Sécurité sociale ou au titre des assurés volontaires, la couverture de l'étudiant étant prolongée jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28^e anniversaire,
- âgés de moins de 28 ans, titulaire d'un contrat d'alternance (contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation) ou d'un contrat du même type, percevant une rémunération inférieure à 50% du SMIC en vigueur,
- handicapés, bénéficiaires de l'AES (Allocation pour éducation spéciale) au sens des articles L. 541-1 et L. 541-3 du Code de la Sécurité sociale, bénéficiaires de l'allocation spéciale des adultes handicapés ou titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles ;

- **les enfants** du salarié, âgés de moins de 25 ans ayant terminés leurs études, inscrit au 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** moyennant une cotisation spécifique ^(*).

(*) Sauf si celui-ci est ayant-droit du salarié au sens de la sécurité sociale ou qu'il justifie être à la charge intégral du salarié (revenu inférieur à 1 PMSS/an).



LES CONDITIONS DE CHANGEMENT D'OPTION

LE SALARIÉ PEUT OPTER POUR UNE OPTION « SUPÉRIEURE »

- Au 1er janvier de chaque année si la demande est présentée avant le 30 novembre de l'exercice précédent. Le salarié s'engage à conserver le régime sur complémentaire pendant une période de 3 ans.
- En cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, veuvage...).
- En cas de perte d'emploi du conjoint ou en cas de radiation du conjoint du régime collectif de son ex-employeur (prise en compte de la perte d'emploi du conjoint et de la portabilité).

Cas 2 et 3 : la demande justifiée doit être présentée dans les 3 mois qui suivent l'événement pour être recevable et les nouvelles garanties prennent effet au 1er jour du mois qui suit la demande.

LE SALARIÉ PEUT OPTER POUR UNE OPTION « INFÉRIEURE »

- Au 1er janvier de chaque année si la demande est présentée avant le 30 novembre de l'exercice précédant et si l'assuré peut justifier de 3 ans d'affiliation à la précédente option. Le retour au régime Socle ou Plus est alors obligatoire pour une durée de 3 ans.
- En cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, veuvage...).
- En cas de perte d'emploi du conjoint ou en cas de radiation du conjoint du régime collectif de son ex-employeur (prise en compte de la perte d'emploi du conjoint et de la portabilité).
- En cas d'affiliation du conjoint à un régime collectif obligatoire par son employeur.
- En cas de suspension du contrat de travail (congé parental, congé sabbatique...).

Cas 2, 3, et 4 : la demande justifiée doit être présentée dans les 3 mois qui suivent l'événement pour être recevable et les nouvelles garanties prennent effet au 1er jour du mois qui suit la demande.

Cas 5 : la demande doit être présentée au plus tard dans le mois qui suit la suspension du contrat de travail pour être recevable et les nouvelles garanties prennent effet au 1er jour du mois qui suit la demande.

VOTRE ESPACE CLIENT : MONESPACE.VERSPIEREN.COM

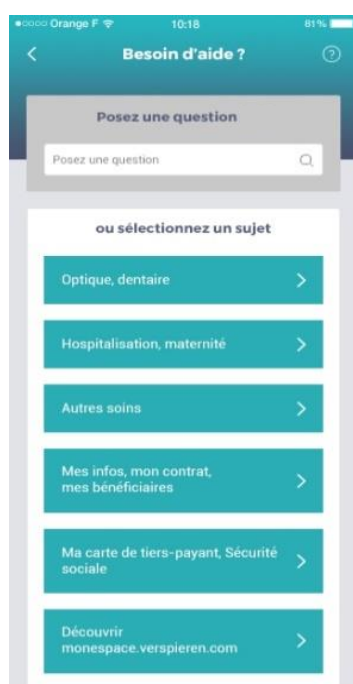
AVANTAGE

Recevez en temps réel l'information sur vos remboursements grâce aux décomptes électroniques adressés automatiquement par e-mail.

Vous bénéficiez d'un espace santé personnel et sécurisé sur monespace.verspieren.com

La connexion au site est sécurisée et garantit la confidentialité des informations et des opérations réalisées.

Ce site regroupe toutes les informations de votre contrat santé et vous offre de nombreux services pour effectuer vos démarches en ligne.



GÉREZ VOTRE SANTÉ EN QUELQUES CLICS

Vous pouvez vous connecter 24h/24 pour :

- consulter vos remboursements en temps réel ;
- télécharger votre carte de tiers-payant ;
- suivre vos demandes de remboursement en attente de pièces complémentaires, ainsi que vos accords de prise en charge/devis en cours ;
- réaliser en ligne votre prise en charge hospitalière avec un envoi automatique à l'établissement de santé concerné ;
- envoyer en un seul clic vos justificatifs de remboursement ;
- mettre à jour vos données personnelles (bénéficiaires, adresse postale, e-mail, coordonnées bancaires, etc.).

PROFITEZ DE NOUVEAUX SERVICES

N'hésitez pas à utiliser les nouveaux services de votre espace client. Une aide en ligne répondra directement à toutes vos questions.

Vous souhaitez plus d'informations ? Contactez-nous par tchat sur votre espace client (du lundi au vendredi de 8h à 18h) !

L'APPLICATION : MON ESPACE VERSPIEREN

L'APPLICATION SUR ANDROÏD ET SUR IPHONE



Découvrez toutes les fonctionnalités de votre espace personnel en flashant le code ci-dessous avec votre smartphone :



Pensez à télécharger l'application Verspieren sur l'App Store et sur Play Store.



Gratuite, elle vous permet de vous connecter à Verspieren à n'importe quel moment, où que vous soyez !

- **Consultez vos remboursements frais de santé** : date de règlement, type d'acte, montant remboursé par la Sécurité sociale et par Verspieren.
- **Bénéficiez de l'analyse de vos remboursements de santé** : par période et par bénéficiaire.
- **Trouvez rapidement un professionnel de santé** (pharmacien, opticien, dentiste...) partout en France et prenez RDV en ligne.
- **Téléchargez votre carte de tiers-payant et votre livret de garanties.**
- **Accédez à vos informations personnelles** : coordonnées, bénéficiaires, RIB et garanties.
- **Contactez rapidement Verspieren** par tchat.

LA CONSULTATION DE VOS REMBOURSEMENTS

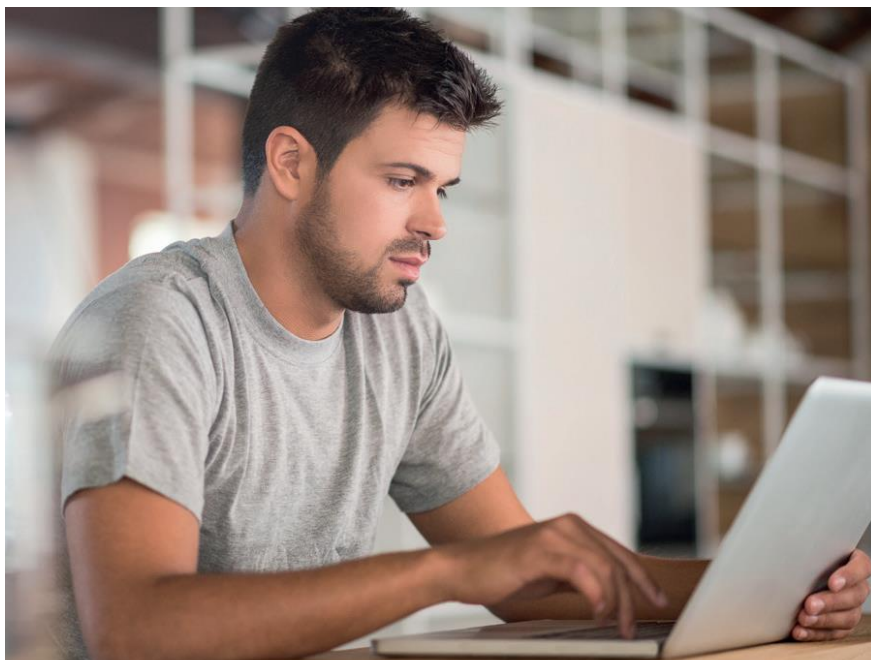
AVANTAGE

Recevez en temps réel l'information sur vos remboursements.

Le site web de vos frais de santé :
monespace.verspieren.com

LES DÉCOMPTES

Après avoir renseigné votre adresse e-mail sur votre espace client Verspieren, rubrique Mon profil, vous recevrez les décomptes frais de santé directement par e-mail, quel que soit le montant remboursé.



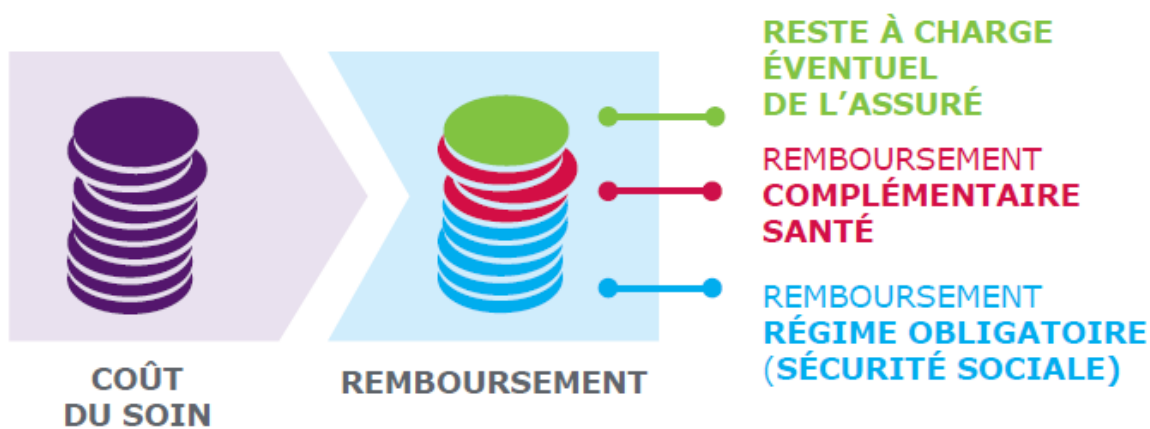
LES INFOS SMS

Soyez informé en temps réel de vos remboursements importants !
Après avoir renseigné votre numéro de téléphone portable sur votre espace client Verspieren, vous recevrez un SMS lorsque des prestations importantes vous seront versées.

COMMENT COMPRENDRE LES REMBOURSEMENTS SANTÉ ?

Connaître le remboursement de la Sécurité sociale ou le montant de votre reste à charge peut s'avérer assez complexe. C'est pourquoi Verspieren vous guide dans la compréhension du système de santé.

Quel est le fonctionnement du paiement d'une consultation chez un professionnel de santé ? Lorsque vous réglez la consultation de votre médecin, trois acteurs interviennent : le régime obligatoire (Sécurité sociale), votre complémentaire santé Verspieren et vous (l'assuré).



EXEMPLE

Un remboursement = 100 % BR*

Une garantie égale à 100 % BR ne signifie pas que vous serez remboursé à 100 % de votre dépense totale.

100 % BR signifie que Verspieren prend en charge jusqu'à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale si les garanties sont exprimées en complément des prestations de la Sécurité sociale.

Dans cet exemple, si votre médecin applique le tarif de base de la Sécurité sociale, vous serez remboursé intégralement (à l'exception des franchises médicales).

**BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale dont la liste est disponible sur le site www.ameli.fr*

LE TIERS-PAYANT

AVANTAGE

Évitez l'avance de vos frais de santé !



ASTUCES

Si le tiers-payant n'est pas effectué sur la part complémentaire, vous devez alors payer le ticket modérateur. Pensez à demander les justificatifs de paiement et à les adresser à Verspieren pour remboursement.

Conservez précieusement les cartes de tiers-payant qui vous ont été envoyées.

FINI L'AVANCE DES FRAIS !

Dès votre adhésion, vous recevez les attestations de tiers-payant pour vous et vos ayants droit, et pour chaque bénéficiaire immatriculé à la Sécurité sociale.

Vous pouvez bénéficier du tiers-payant pour les postes suivants :



OPTIQUE



PHARMACIE



LABORATOIRE



HÔPITAL



AUXILIAIRE
MÉDICAL



SOIN
EXTERNE



RADIOLOGIE

En présentant votre attestation ainsi que votre carte Vitale aux professionnels de santé, vous n'avez pas d'avance de frais à faire pour les postes cités, à condition que les soins soient prescrits par votre médecin et pris en charge par la Sécurité sociale.

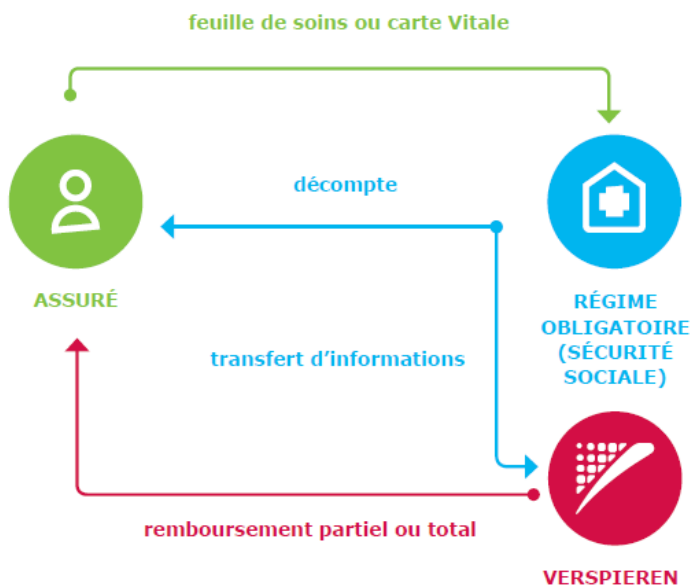
À noter : les professionnels de santé n'ont pas l'obligation de pratiquer ce service. Le tiers-payant ne sera opérationnel si vous avez refusé la télétransmission.

Votre carte de tiers-payant est téléchargeable sur votre espace client : monespace.verspieren.com

LA TÉLÉTRANSMISSION

FAITES-VOUS REMBOURSER !

La télétransmission est la liaison informatique entre la Sécurité sociale et Verspieren, ce qui vous évite l'envoi des décomptes du régime obligatoire (Sécurité sociale) à Verspieren.



Si le message « Transmis à votre organisme complémentaire Verspieren » est précisé sur votre décompte, le processus de télétransmission est enclenché. Si aucun message n'apparaît, faites parvenir vos décomptes originaux à Verspieren, à l'adresse suivante :

VERSPIEREN
Service Frais de santé
BP 30200
59446 Wasquehal Cedex

Vérifiez le statut de votre télétransmission sur www.ameli.fr

AVANTAGE

Simplifiez vos démarches administratives et bénéficiez de remboursements plus rapides !

ASTUCE

Pensez à nous informer de toute modification susceptible de perturber la liaison entre la Sécurité sociale et votre enfant, en nous adressant une copie de votre nouvelle attestation Vitale.

À SAVOIR

Ce système de gestion par télétransmission n'est pas opérationnel pour :

- les conjoints déjà bénéficiaires de la télétransmission dans le cadre d'un autre contrat ainsi que les enfants qui leur sont rattachés ;
- certains régimes autres que le régime général.

Dans ce cas, pensez à adresser les décomptes originaux à Verspieren. Si vous ne faites pas partie des cas ci-dessus et que vous n'avez pas la télétransmission, prenez contact avec Verspieren pour la mettre en place. Vous pouvez néanmoins nous transmettre par courrier les décomptes de remboursements originaux délivrés par le régime obligatoire ainsi que les factures ou pièces complémentaires nécessaires au remboursement.

LES JUSTIFICATIFS À TRANSMETTRE POUR VOUS FAIRE REMBOURSER



Pour un traitement de vos remboursements dans les meilleurs délais, nous vous invitons à nous envoyer tous les justificatifs par photo ou scan :

- via **votre espace client monespace.verspieren.com**
- ou **par e-mail** : adp@verspieren.com en nous indiquant votre numéro de Sécurité sociale

Dans le cas contraire, vous pouvez nous adresser les originaux de vos factures par courrier à l'adresse suivante :

Verspieren
Service Frais de santé
BP 30 200
59446 Wasquehal Cedex

Important : nous pouvons être amenés dans le cadre de notre délégation de gestion à vous réclamer les originaux de vos factures, aussi nous vous remercions de bien vouloir conserver ces documents pendant un délai de 24 mois.

À SAVOIR

Effectuez vos demandes de remboursement dans les 2 ans maximum après la date des soins. Au-delà, nous ne pouvons plus intervenir.

Le remboursement est limité à un équipement optique tous les 2 ans par bénéficiaire, à compter de la date d'achat du dernier équipement, sauf :

- pour les adultes en cas de changement du défaut visuel, un an après la date d'achat du dernier équipement ;
- pour les enfants de moins de 18 ans, même lors d'un changement de défaut visuel, un équipement par an à partir de la date d'achat du dernier équipement.

POUR VOS ENFANTS DE + 18 ANS

Tous les ans, envoyez-nous les certificats de scolarité de vos enfants de plus de 18 ans ou tout document justifiant leur situation, pour qu'ils continuent à être couverts.

ITÉLIS : UN RÉSEAU EFFICACE !

Itélis, partenaire de Verspieren, est un organisme spécialisé dans la gestion des risques santé. Il a développé un réseau national de professionnels de santé partenaires, et s'engage à proposer des prestations de qualité, à des tarifs encadrés.

Les praticiens partenaires sont des opticiens, dentistes et audioprothésistes.

Le service Itélis :

- diminue vos dépenses de santé ;
- vous assure des soins de qualité ;
- vous informe et conseille sur les solutions les plus adaptées à vos besoins de santé.

ZOOM SUR QUELQUES AVANTAGES DU RÉSEAU

Chez l'opticien

- 40 % de réduction en moyenne sur les verres
- 15 % de réduction sur les montures et le para-optique (lunettes de soleil, produits lentilles...)
- 10% sur les lentilles
- Le tiers-payant
- Une garantie casse gratuite sans franchise de 2 ans pour la monture et les verres et de 3 mois pour les lentilles traditionnelles

Chez le dentiste

- Jusqu'à -15% sur les prothèses les plus fréquentes (couronnes, bridges)
- Tiers-payant pour les prothèses
- Jusqu'à - 25 % sur un traitement implantaire
- Tarif à partir de 1 400 € pour un acte complet (implant, pilier, couronne)

Chez l'audioprothésiste

- **15 % de réduction en moyenne** sur les prothèses auditives
- 15% de remise minimum sur les produits d'entretien
- 10% de remise minimum sur les accessoires (appareils connectés, casques TV...)
- Le tiers-payant (selon garanties du contrat)
- Garantie panne de 4 ans sans franchise
- Prêt gracieux d'un appareil auditif en cas de réparation ou de remplacement

**Aller chez un professionnel de santé membre du réseau Itélis,
c'est être accompagné sur vos dépenses de santé !**

L'ACCES AU RÉSEAU (OPTICIENS, DENTISTES ET AUDIOPROTHÉSISTES)

→ **Cas 1** : je choisis un partenaire Itélis.

1. Pour connaître les adresses des opticiens, dentistes et audioprothésistes partenaires :
 - connectez-vous avec vos identifiants sur votre espace client Verspieren monespace.verspieren.com
 - ou téléphonez au 03 20 45 33 33 (appel non surtaxé).

FLASHEZ LE QR CODE POUR OBTENIR LA LISTE SUR VOTRE MOBILE :



2. Rendez-vous chez le partenaire Itélis de votre choix et présentez-lui votre carte de tiers payant.

Le tiers-payant est possible :

EN OPTIQUE	EN DENTAIRE	EN AUDIO
Verres Montures	Prothèses	Prothèses Appareillage auditif

3. Choisissez avec le professionnel de santé la solution la plus adaptée à vos besoins.

4. Vous n'avez rien à payer pour la part complémentaire dans la limite de votre garantie. Si le praticien utilise votre carte Vitale, vous n'avez pas d'avance de frais à effectuer. Dans le cas contraire, vous serez remboursé par la suite.

→ **Cas 2** : je conserve mes habitudes en me rendant chez mon professionnel de santé et je bénéficie du service devis.

Si vous ne souhaitez pas vous rendre chez un partenaire Itélis, vous pouvez bénéficier du service d'analyse de devis pour l'optique, le dentaire ou l'audioprothèse. Cela vous permet de vérifier que votre dépense est adaptée à vos besoins, tout en payant le juste prix.

Quelles sont les démarches à accomplir ?

1. Transmettez votre devis, complété par votre praticien, via votre espace client Verspieren monespace.verspieren.com
2. Un courrier vous sera adressé précisant le calcul détaillé de votre remboursement et votre éventuel « reste à charge ».

UNE APPLICATION WEB UTILE À VOTRE DISPOSITION : APPLITÉLIS !

Cette application dispose de 3 services :



« **Combien ça coûte ?** » : pour obtenir une information claire et accessible sur les prestations/équipements de santé ainsi que sur les prix moyens du marché.

« **Trouver un partenaire** » : pour trouver les coordonnées des partenaires réseaux Itelis les plus proches et connaître les avantages réseaux.

« **Quiz santé** » : pour appréhender les problématiques de santé de manière ludique.

POUR LA TÉLÉCHARGER :



CHOISISSEZ LE MEILLEUR ÉTABLISSEMENT POUR UNE HOSPITALISATION

Pour préparer votre hospitalisation ou celle d'un proche, consultez le service HOSPIWAY

→ sur <https://monespace.verspieren.com> – rubrique Services/Hospitalisation

Les Plus de ce service :

- Palmarès complet des cliniques et des hôpitaux établi sur des critères objectifs.
- Évaluation des dépassements d'honoraires du chirurgien.
- Check-list et conseils pratiques pour préparer une hospitalisation.

LE DEVIS DENTAIRE ET LA PRISE EN CHARGE OPTIQUE/HOSPITALIÈRE



DEVIS DENTAIRE

Pour obtenir un devis dentaire, rien de plus simple !

Envoyez-nous votre devis dentaire via votre espace client Verspieren : **monespace.verspieren.com** (Démarches/Demande/Envoyer un devis), et nous vous transmettrons une estimation de votre reste à charge dans les 5 jours.



PRISE EN CHARGE OPTIQUE

Pour bénéficier d'une prise en charge optique, c'est facile !

Envoyez-nous votre demande de prise en charge optique via votre espace client Verspieren : **monespace.verspieren.com** (Démarches/Demande/Poser une question). Nous enverrons la prise en charge sous 48h.



PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

(hospitalisation médicale ou chirurgicale dans un hôpital ou dans une clinique conventionné(e))

Pour obtenir une prise en charge hospitalière, rien de plus simple ! Rendez-vous sur votre espace client Verspieren **monespace.verspieren.com** (Démarches / Demande/Demander une prise en charge hospitalière) et remplissez le formulaire en ligne. La prise en charge sera envoyée directement à l'hôpital ou à la clinique.

Une confirmation vous sera envoyée par e-mail.

AVANTAGE

Grâce au service de devis, comparez les prix pratiqués par les professionnels de santé et calculez votre éventuel reste à charge. Évitez également l'avance de frais quand vous achetez une nouvelle paire de lunettes ou en cas d'hospitalisation.

ASTUCES

N'hésitez pas à faire jouer la concurrence entre les professionnels de santé en faisant établir plusieurs devis : vous minimiserez ainsi la note.

Ne communiquez pas vos garanties santé aux opticiens afin de limiter les abus tarifaires.

Afin de gagner du temps pour les prises en charge hospitalières, communiquez directement à Verspieren les éléments suivants :

- les nom, prénom et numéro de Sécurité sociale du malade ;
- la date d'entrée dans l'établissement hospitalier;
- le n° de FINESS de l'établissement.

Et quel que soit votre besoin, contactez-nous :

- via votre espace client Verspieren **monespace.verspieren.com**
- par téléphone au **03 20 45 33 33**
- par e-mail à **adp@verspieren.com**

POUR CONTACTER VERSPIEREN, RIEN DE PLUS SIMPLE !

ASTUCE

Pour gagner du temps lors de vos appels, pensez à préparer le numéro de Sécurité sociale de la personne concernée par les soins.

À SAVOIR EN CAS DE DEMENAGEMENT

Vous déménagez ?

Communiquez-nous vos nouvelles coordonnées ! Pour cela, rendez-vous sur votre espace client

monespace.verspieren.com

Si vous changez de caisse d'Assurance maladie, n'oubliez pas de nous adresser une copie de la nouvelle attestation Vitale.

Pour toute information concernant les bénéficiaires, la télétransmission, les remboursements, vous pouvez :

- consulter **votre espace client Verspieren** en vous connectant à :

monespace.verspieren.com

- contacter notre **service relations-assurés** :
 - **par téléphone** : 03 20 45 33 33 du lundi au vendredi de 8h00 à 18h00 (tarif local)
 - ou **par e-mail** : adp@verspieren.com
 - ou **par tchat** sur votre espace client monespace.verspieren.com (du lundi au vendredi de 8h à 18h)
 - ou par fax au : **03 20 45 33 19**

Notre adresse postale :
Verspieren
Service Frais de santé
BP 30200 – 59446 Wasquehal Cedex

Conformément à la réglementation, pour toute réclamation, nous vous invitons à contacter Verspieren :

- par e-mail : mediation-adp@verspieren.com ;
- ou par téléphone : 03 20 45 33 33.

Verspieren s'engage à en accuser réception sous dix jours ouvrables maximum et à répondre dans un délai maximum de 2 mois. En application de l'article L. 156-1 du Code de la consommation, le Médiateur de l'Assurance est compétent pour intervenir sur tout litige n'ayant pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement introduite auprès des services de votre courtier. Il peut être saisi par e-mail : Le.mediateur@mediation-assurance.org ou par courrier : La Médiation de l'Assurance - Pôle CSCA - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09



Santé
Prévoyance

