GUÉMAS & ASSOCIÉS

HEMOS SANTÉ

Santé Magasin U

Commerçants autrement

Livret d'information du salarié

2025

Sommaire

Introduction

Comment nous contacter ?

Vos garanties

Votre réseau de soins OPTILYS

Les services de votre assureur Malakoff Humanis

Qui sont les bénéficiaires ?

La vie du contrat :

- Votre affiliation et celle de vos ayants droit
- Choisir de souscrire un régime optionnel
- La fin de votre affiliation et de celle de vos ayants droit
- Sous quelles conditions et comment bénéficier de la portabilité ?

La gestion du contrat :

- Comment se faire rembourser ?
- Comment suivre ses remboursements ?
- Justificatifs nécessaires à vos remboursements
- Votre carte de tiers payant
- La télétransmission

Introduction

Bienvenue chez HEMOS Santé, spécialiste de la gestion de frais de santé.

Vous êtes salarié d'un magasin U et à ce titre, vous bénéficiez d'un régime frais de santé (mutuelle) souscrit auprès de MALAKOFF HUMANIS et géré par HEMOS Santé.

HEMOS Santé dispose d'un pôle de gestion dédié à votre magasin ayant pour rôle :

- Le remboursement de vos frais médicaux
- La gestion de votre adhésion et la déclaration auprès de votre caisse de Sécurité sociale en vue de la télétransmission de vos remboursements
- L'étude de vos devis
- L'établissement de votre carte de tiers payant.

Comment nous contacter ?

Via l'Extranet

Consulter le site internet sur www.hemossante.fr en saisissant vos codes d'accès Web indiqués sur le courrier accompagnant votre carte de tiers payant.

Via l'Appli mobile

Retrouver notre appli mobile sur l'App Store ou Google Play

Pour un accès direct aux services de santé et conseils.
Pour des remboursements de soins plus rapides et faciles à suivre.
Pour une meilleure maîtrise de vos dépenses de santé.

Par téléphone

Retrouver les gestionnaires du pôle de gestion dédié à la coopérative U :
02 49 10 12 90 *(lundi au vendredi 8h30 – 12h30 et 13h30 – 18h)*

Directrice : Carole DUCHESNE

Responsable de gestion : Johanna MORVAN

Pôle gestion : Stéphanie GAUTREAU

Par E-mail

Mail dédié aux demandes de remboursements / devis :
Remboursements-Usante@hemossante.fr

Mail dédié aux actes de gestion (affiliation / radiation / options…) :
Gestion-Usante@hemossante.fr

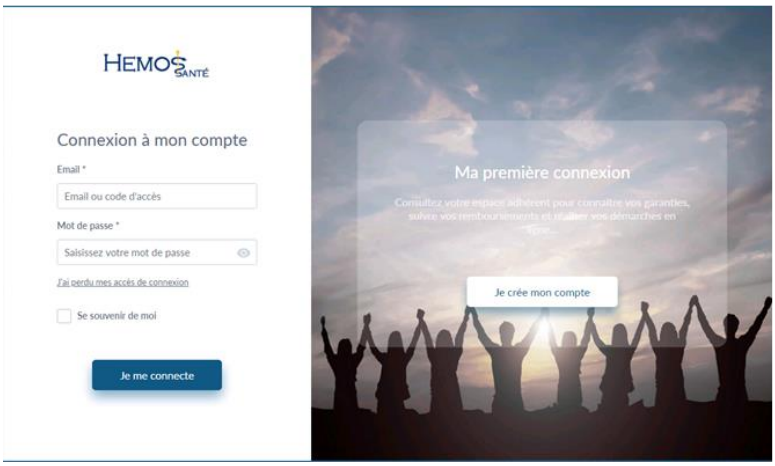
Par courrier

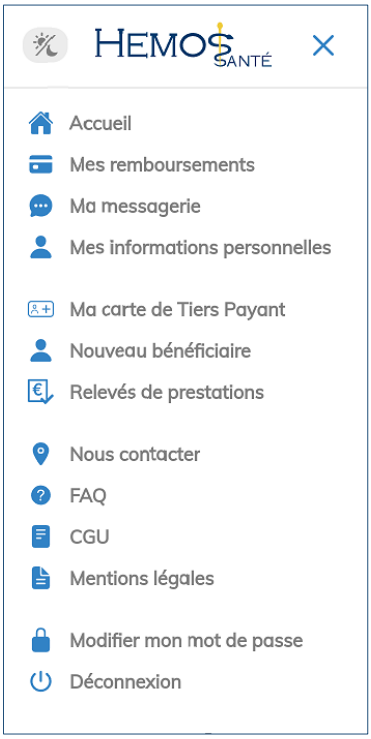
1, ruelle Nominoë – CS 59638 – 44196 CLISSON Cedex

Votre extranet

1. Je crée mon espace assuré

avec les identifiants reçus avec ma carte de tiers payant





2. Je dispose des services suivants et je les consulte :

- ⇨ Mes remboursements
- ⇨ Mes contrats et garanties
- ⇨ Mes informations
- ⇨ Mes documents
- ⇨ Ma carte de tiers payant
- ⇨ Ma messagerie
- ⇨ Recherche d'un professionnel de santé via le réseau de soins

YouTube Pour une démonstration c'est par ici -> https://www.youtube.com/watch?v=oh6YXnJZKM4

3. J'échange avec mon pôle de gestion

- ⇨ Pour déposer mes factures et mes devis
- ⇨ Pour modifier mes coordonnées personnelles et bancaires
- ⇨ Pour poser des questions sur mes garanties, mes droits

J'ai un accès à une page dédiée Commerçants autrement https://www.hemossante.fr/hemos-systeme-u/

4. Une interrogation

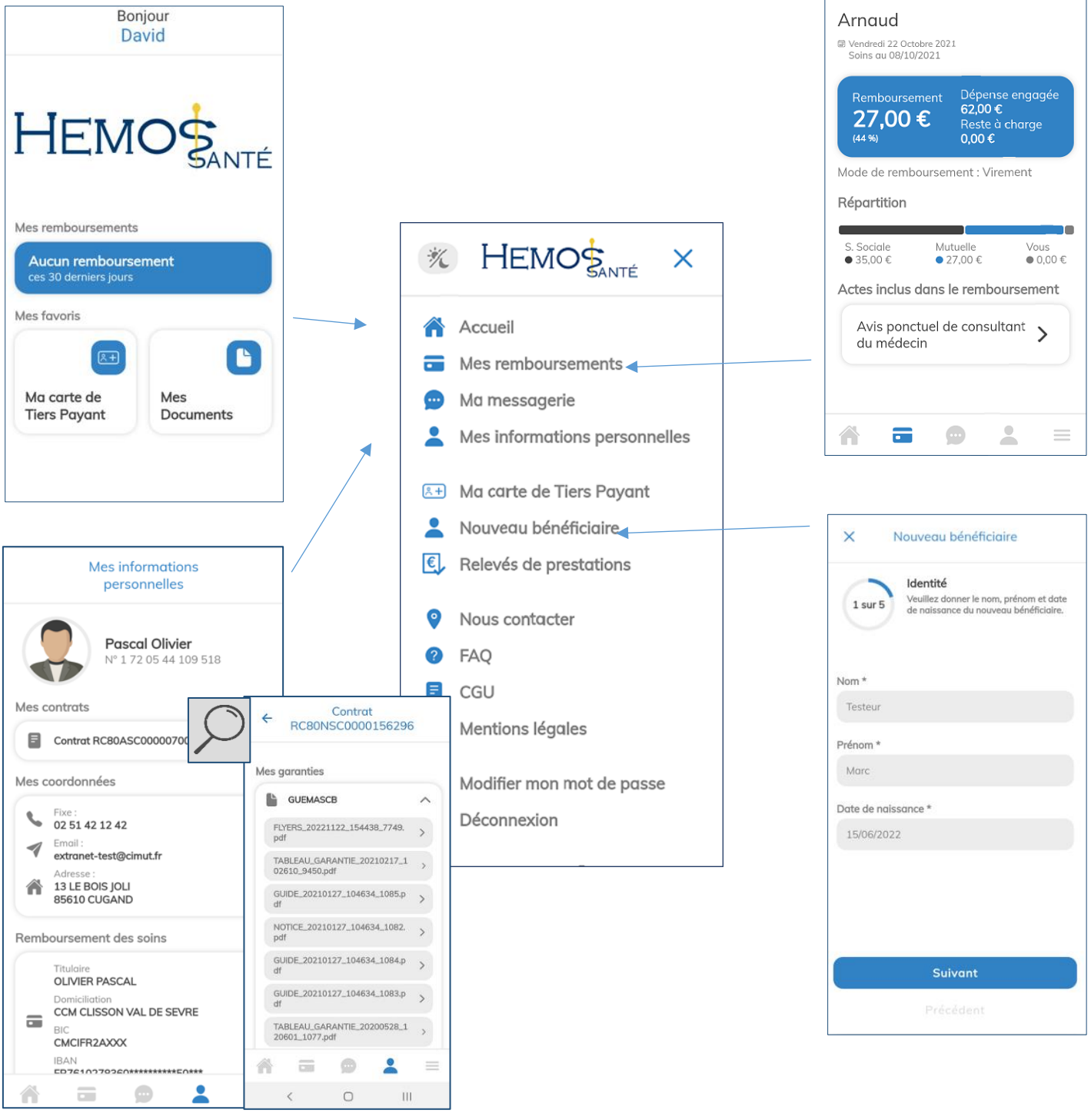
- ⇨ Je consulte la foire aux questions

Sur le site HEMOS Santé -> **https://www.hemossante.fr/faq/faq-assures/**

Votre appli mobile

Je dispose des mêmes services que sur l'extranet assuré :

Accès à « Mes documents »
(Garanties, Services, …)



Vos garanties

Les remboursements interviennent **en complément** du remboursement de la Sécurité sociale française, sauf indication contraire. Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :		Régime R3
HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non	**Frais de séjour**	
	En établissement conventionné	300 % BR
	En établissement non conventionné (2)	300 % BR
	Honoraires	
	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM + 300 % BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM + 100 % BR
	Forfait journalier hospitalier (2) Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % DE sans limitation de durée
	Forfait patient urgence	Sans reste à payer (8)
	Chambre particulière (3) Non remboursée par la Sécurité sociale	
	Par jour d'hospitalisation	60 €
	Lit d'accompagnant (3) Non remboursé par la Sécurité sociale	
	Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans - par jour d'hospitalisation	35 €
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris soins courants)	100 % de la participation forfaitaire
DENTAIRE auprès d'un professionnel	**Soins et prothèses 100 % Santé****	Sans reste à payer (6)
	Soins et prothèses autres que 100 % Santé	
	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	130 % BR
	Inlay/onlay	300 % BR
	Prothèses dentaires **à tarifs maîtrisés** remboursées par la Sécurité sociale (couronne définitive, bridge, prothèse amovible ou réparation)	360 % BR
	Couronne transitoire **à tarifs maîtrisés**	125 % BR - SS
	Inlay-core **à tarifs maîtrisés**	400 % BR
	Prothèses dentaires **à tarifs libres** remboursées par la Sécurité sociale (couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	400 % BR
	Couronne transitoire **à tarifs libres**	125 % BR - SS
	Inlay-core à **tarifs libres**	400 % BR
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes) - par an et par bénéficiaire	400 €
	Implantologie et Parodontologie non remboursées	
	Implantologie (Fausse racine et pilier implantaire) non remboursée par la Sécurité sociale / Parodontologie non remboursée - par an et par bénéficiaire	500 €
	Orthodontie (4)	
	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	300 % BR
	Non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	500 €

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale)
RC = Régime complémentaire.

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuairesante.ameli.fr est à la disposition de tous.
** Tels que définis règlementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.
(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.
(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles et l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale.
(3) Y compris la chambre de jour correspondant à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.
(4) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.
(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

Vos garanties

Les remboursements interviennent **en complément** du remboursement de la Sécurité sociale française, sauf indication contraire. Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :		Régime R3
OPTIQUE **ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres)** **Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés**	**Équipement 100 % Santé** (Classe A)**	
	Y compris l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien*****	Sans reste à payer (7)
	Équipement Hors 100 % Santé (Classe B)	
	Y compris le remboursement de la sécurité sociale	**Maximum 100 € pour la monture**
	Par Bénéficiaire dont l'âge est ≥ à 16 ans	
	Équipement (monture de lunettes + 2 verres simples)	420 €
	Équipement (monture de lunettes + 1 verre simple et 1 verre complexe)	538 €
	Équipement (monture de lunettes + 1 verre simple et 1 verre très complexe)	605 €
	Équipement (monture de lunettes + 2 verres complexes)	642 €
	Équipement (monture de lunettes + 1 verre complexe et 1 verre très complexe)	710 €
	Équipement (monture de lunettes + 2 verres très complexes)	800 €
	Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien*****	100% TM
	Par Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans	
	Équipement (monture de lunettes + 2 verres simples)	370 €
	Équipement (monture de lunettes + 1 verre simple et 1 verre complexe)	410 €
	Équipement (monture de lunettes + 1 verre simple et 1 verre très complexe)	450 €
	Équipement (monture de lunettes + 2 verres complexes)	505 €
	Équipement (monture de lunettes + 1 verre complexe et 1 verre très complexe)	545 €
	Équipement (monture de lunettes + 2 verres très complexes)	640 €
	Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien*****	100% TM
	Lentilles	
	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale – par an et par bénéficiaire pour les lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	300 € (minimum 100% TM pour les lentilles remboursées)
	Chirurgie optique réfractive	
	Par œil et par bénéficiaire	600 €
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT **Par oreille Renouvellement tous les 4 ans**	**Équipement 100 % Santé****	
	(classe I***)	Sans reste à payer (7)
	Équipement autre que 100 % Santé	
	(classe II***)	
	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
	Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité****	260 % BR + 250 €
	Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	260 % BR + 250 €
	Accessoires et fournitures	100% TM

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale)
RC = Régime complémentaire.

** Tels que définis règlementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.
*** Voir la liste règlementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.
**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.
(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

Vos garanties

Les remboursements interviennent **en complément** du remboursement de la Sécurité sociale française, sauf indication contraire. Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :		**Régime R3**
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	**Honoraires médicaux**	
	Consultation / visite / consultation en ligne	
	Chez un généraliste	
	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM + 100 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM + 80 % BR
	Chez un spécialiste	
	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM + 150 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM + 100 % BR
	Actes techniques médicaux	
	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM + 150 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM + 100 % BR
	Actes d'imagerie médicale	
	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM + 100 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM + 80 % BR
	Honoraires paramédicaux	140 % BR
	Analyses et examens de laboratoire	100 % TM + 100 % BR
	Matériel médical	
	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	300 % BR
	Prothèses capillaires – par an et par bénéficiaire (pour le forfait en euros)	300 % BR + 300 €
	Frais de transport sanitaire	
	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (5)	100 % BR
	Médicaments	
	Médicaments remboursés à 65 %	100 % TM
	Médicaments remboursés à 30 %	100 % TM
	Médicaments remboursés à 15 %	100 % TM
	Sevrage tabagique - Contraception - Consultation diététique - Vaccins sur prescription médicale - non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	150 €
	Actes de prévention	
	Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr)	TM
	Médecine additionnelle et de prévention	
	Non remboursée par la Sécurité	
	Ostéopathe, chiropracteur, psychologue, Acupuncteur, Etiopathe, Ergothérapeute, podologue, pédicure, shiatsu, réflexologue, sophrologue, phytothérapeute, naturopathe, Microkinésithérapeute, psychomotricien, homéopathe et neuropsychologue - Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel	50 € par séance (dans la limite de 4 séances par an par bénéficiaire)
Autres	**Assistance Auxia** Formule CONFORT	Oui

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale)
RC = Régime complémentaire.

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuairesante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(5) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

Votre réseau de soins OPTILYS

Bénéficiez du plus vaste réseau de professionnels de santé : Optilys

Plus de 310 000 professionnels de santé à votre service :

Sur présentation de votre carte de tiers payant, vous êtes dispensé de l'avance de frais auprès de nos médecins, hôpitaux, pharmacies, laboratoires, dentistes, opticiens, audioprothèsistes, auxiliaires médicaux, etc….

Des prix négociés pour vous !

Vous bénéficiez de prix négociés pour vos soins, vos équipements optiques, dentaires et auditifs.

Vous profitez :

- ⇨ Jusqu'à 35% de réduction sur les verres et 15% sur les montures auprès de plus de 5 000 opticiens
- ⇨ Jusqu'à 15% de remise en moyenne sur les appareils auditifs et sur les accessoires dans plus de 900 centres d'audioprothésistes.
- ⇨ D'une analyse de devis et d'un contrôle tarifaire automatique sur les prix pratiqués par les chirurgiens dentistes permettant d'éviter jusqu'à 15% des dépenses tout en respectant le traitement le plus adapté auprès de plus de 10 200 dentistes

Zoom sur l'optique

En choisissant un des opticiens du réseau, vous accédez aux grandes marques, aux meilleurs verres (anti-reflet, UV, lumière bleue, etc.) et à des lentilles qualitatives. En complément d'une large gamme de produits, vous bénéficiez aussi d'une garantie contre la casse (monture et verres) et d'un délai d'un mois pour vous adapter à votre nouvel équipement (lentilles, verres).

Vos avantages en optique

99% des opticiens français adressés (14 400 au total)

Tiers-payant systématique et immédiat.
Accès à tous les équipements optiques sans restriction.

réseau Optilys
5200 membres

prix <u>négociés</u> : les grandes marques, les meilleurs prix.

- **jusqu'à -35% sur les verres**
- **jusqu'à 15% sur les montures**
- **garantie casse et adaptation**

9 200 conventionnés hors réseau

prix *régulés* : notre contrôle tarifaire permet d'ajuster les prix anormalement élevés.

- **10,4% de prises en charge identifiées à un tarif trop élevé par rapport au prix moyen.**
- **15% d'économies réalisées après négociation par almerys.**

Vos avantages en dentaire

Un réseau de plus de 10 200 dentistes conventionnés

- en cabinets
- en centres dentaires
- en établissements

Avec lequel vous bénéficiez d'un dispositif d'accompagnement au juste prix avec les meilleurs soins.

obtenir un avis	maîtriser vos coûts
Analyse des devis par un expert médical pour avis consultatif sur les honoraires pratiqués, sur les cotations et sur la pertinence des actes (avant demande de prise en charge)	Dispositif de contrôle tarifaire automatique pour éviter les prix anormalement élevés (par rapport aux tarifs du marché)

Un dentiste consultant comme interlocuteur privilégié

jusqu'à -15% de dépenses évitées, tout en respectant le traitement le plus adapté.

Vos avantages audition

Dans plus de 5 400 centres d'audition, partout en France.

Tiers-payant systématique et immédiat.
La qualité au centre : accès aux meilleurs appareils auditifs et accessoires, sans restriction.

PARMI EUX :

900 centres d'audition partenaires avec des prix négociés.

-20% sur la garantie 4 ans
jusqu'à -15% sur les appareils auditifs et accessoires
jusqu'à -35% sur les packs appareil/garantie

Audika, WIDEX, INTERSON, SIEMENS, ReSound, PHONAK, Beltone, NEWSON, SMS, audio 2000, oticon, unitron, powerone, L'Embout Français, HANSATON, BIOTONE, Starkey, bernafon

Les services de Malakoff Humanis

Malakoff Humanis, l'assureur de votre régime santé, met à la disposition des salariés de Système U des services de prévention, d'accompagnement social et d'accès aux soins :

Téléconsultation médicale

Grâce à ce service, vous pouvez consulter un médecin à tout moment de France comme de l'étranger.
Par téléphone : 09 86 86 00 67
En visio* : https://mh.teleconsultation.fr
* pour votre inscription au site de téléconsultation, il sera d'abord nécessaire de contacter la plateforme téléphonique.

Deuxième avis médical

En cas de maladie grave ou d'hospitalisation, obtenez gratuitement sous 7 jours un deuxième avis médical d'un spécialiste sur le diagnostic et/ou le traitement qui vous a été proposé.
Site : https://patient.deuxiemeavis.fr

Réseau de thérapeutes Médoucine

Partout en France, nous vous aidons à trouver un praticien de confiance en :

- acupuncture, sophrologie, hypnose, yoga, méditation et bien d'autres pratiques complémentaires à la médecine traditionnelle.

Hospitalisation : quel accompagnement ?

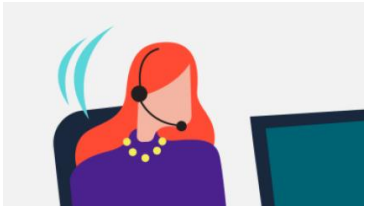
Libheros

Nous vous accompagnons dans vos soins même à domicile. Grâce à notre partenaire Libheros, trouvez en quelques clics le professionnel de santé qu'il vous faut (infirmier, kinésithérapeute….) et prenez rendez-vous en ligne. (https://www.libheros.fr/)

Service d'assistance à domicile

En cas d'événements imprévus comme une hospitalisation (de plus de 3 jours), ou une immobilisation à la suite d'une maladie ou d'un accident (de plus de 4 jours), vous pouvez bénéficier de l'assistance.
Elle vous apportera tous les services afin de recouvrer une organisation normale de votre vie familiale : Garde d'enfants, aide-ménagère, livraison de médicaments…

Pour contacter l'assistance santé, du lundi au vendredi de 8 heures à 19 heures :



N°Cristal 0 979 990 345
APPEL NON SURTAXE
En indiquant votre numéro de convention d'assistance :
420 12 01

Mon assistance santé directement dans mes contacts :

À NOTER : *Les prestations sont servies du lundi au vendredi de 8 h à 19 h. Pour connaître le détail des prestations et les limites de prise en charge, reportez vous à votre Notice d'information.*

Aidants : quel accompagnement ?

- **Guide de l'aidant**

Nous mettons à votre disposition un guide décrivant une quinzaine de dispositifs liés à la dépendance afin de vous aider à y voir plus clair. Vous y retrouverez aussi la liste des contacts pouvant prendre le relais pour vous aider ainsi que vos proches. Trouvez des conseils et des réponses concrètes depuis le site : https://www.essentiel-autonomie.com/ pour simplifier votre vie d'aidant.

- **Ligne info aidant : 09 86 98 88 80** (appel non surtaxé)

Echangez avec des experts qui vous écoutent, vous orientent et vous aident à trouver des solutions.

Handicap : quel accompagnement ?

- **Guide de l'aidant**

Trouvez des conseils et des réponses concrètes dans la rubrique Handicap du site : https://www.essentiel-autonomie.com/

- **Echangez avec un expert : 0805 500 261** (service et appel gratuit)

Nos experts en accompagnement social vous écoutent, vous conseillent et vous orientent vers les solutions et les aides les plus adaptées à votre situation de handicap.

Parentalité

- **Un guide de parentalité** est à votre disposition sur le site : https://malakoffhumanis.mabonnefee.com/guide

Vous y trouverez des conseils d'experts, des témoignages et des partages d'expériences. Si vous êtes parent solo ou parent d'un enfant en situation de handicap ou malade, vous y trouverez aussi des informations adaptées.

- **L'espace parentalité** vous permettra d'obtenir les réponses à vos questions et des conseils pratiques pour maintenir un bon équilibre vie pro / vie perso ! https://malakoffhumanis.mabonnefee.com/guide

- **Les consultantes parentales** vous apportent une écoute attentive par tchat ou sur rendez-vous.

https://malakoffhumanis.mabonnefee.com/guide

Accompagnement social

Chômage, divorce, handicap, dépendance, maladie… les sources de fragilité sont nombreuses. Nous vous aidons à trouver des solutions concrètes pour vous et vos proches. Nos aides sont attribuées sous condition de ressources et en complément des dispositifs publics.

- **Ligne Mission écoute, conseil, orientation : 0805 500 058** *(service et appel gratuits)*

Des experts en accompagnement social :

- vous écoutent et vous conseillent en cas de situation de fragilité ou pour une demande de soutien
- vous informent et vous orientent sur vos droits, sur les dispositifs sociaux et dans les démarches auprès des différents organismes ou partenaires
- définissent avec vous des solutions qui vous conviennent.

Cancer

- **Echange avec un expert : 0800 400 310** (service et appel gratuit)

Grâce à la ligne téléphonique AlloAlex et son blog, vous trouverez des conseils et des informations pratiques pour concilier maladie et travail mais aussi un espace d'échanges et de partage d'expériences.

- **Mieux vivre son après-cancer**

Poursuivre son activité ou retourner en entreprise peut être compliqué. Nous mettons à votre disposition un guide dans lequel vous trouverez des conseils pratiques et des témoignages pour vous y aider.
https://indd.adobe.com/view/24062b11-8845-40f8-b5a2-83d1e7a2e3b8

Décès d'un proche

- **Ligne info décès : 09 79 99 03 75** (appel non surtaxé)

Cette ligne vous permet de bénéficier d'un dispositif complet d'accompagnement : une écoute attentive, des conseils personnalisés avec de nombreux services pour réaliser vos démarches.

Coup de pouce financier : 0805 500 261 (service et appel gratuit)

Pour vous soutenir lors d'une situation de fragilité (handicap, cancer, décès d'un proche…), vous pouvez bénéficier d'une aide financière (sous conditions d'éligibilité) sous forme de chèque emploi service universel (CESU) pour régler certaines prestations de services.

Qui sont les bénéficiaires ?

Selon votre choix d'affiliation en isolé ou en famille, peuvent également bénéficier de votre contrat les membres de votre famille suivants :

Le conjoint, partenaire lié par un PACS, concubin :

On entend par conjoint, votre conjoint marié ou à défaut votre partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité ou à défaut votre concubin.

Est considéré comme concubin la personne vivant maritalement avec vous et sous réserve que :

- Vous soyez libres de tout lien matrimonial c'est-à-dire que vous soyez célibataires, veufs ou divorcés
- Vous n'ayez pas conclu de PACS.

Les enfants à charge :

Sont considérés comme enfants à charge, vos enfants, ceux de votre conjoint, partenaire de PACS ou concubin tels que définis précédemment sous réserve :

- D'une part :
  - Qu'ils soient âgés de moins de 21 ans
  - Qu'ils soient âgés de moins de 28 ans sous réserve d'une des conditions suivantes :
    - Qu'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65% du SMIC
    - Qu'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage
    - Qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi comme primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.
  - Quel que soit leur âge, qu'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qu'ils soient titulaires de la carte d'invalidité ou mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue par l'article L241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire s'ils poursuivaient des études.
- Et d'autre part :
  - Qu'ils bénéficient d'un régime de Sécurité sociale du fait de votre affiliation, de celle de votre conjoint, partenaire de PACS ou concubin ou d'une affiliation personnelle.
- Et qu'ils soient fiscalement à votre charge c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qu'ils perçoivent une pension alimentaire que vous déduisez fiscalement de votre revenu global.

Les ascendants à charge :

On entend par ascendants, vos père et mère, ceux de votre conjoint, de votre partenaire de PACS ou de votre concubin sous réserve qu'ils bénéficient d'un régime de Sécurité sociale et soient fiscalement à votre charge c'est-à-dire pris en

compte dans le quotient familial ou s'ils perçoivent une pension alimentaire que vous déduisez fiscalement de votre revenu global.

La vie du contrat

Votre affiliation et celle de vos ayants droit

2 possibilités :

votre employeur vous remet un bulletin d'affiliation à compléter

votre employeur effectue votre pré-affiliation sur le site d'HEMOS Santé.

Un mail vous sera alors adressé pour vous inviter à finaliser votre affiliation. Ce mail comportera vos identifiants pour la création de votre espace assuré sur le site d'HEMOS Santé. Vous choisirez ensuite d'affilier ou non les membres de votre famille, et de souscrire ou non à une option supplémentaire (moyennant prélèvement des cotisations supplémentaires sur votre compte bancaire personnel)

A l'issue de cette démarche, HEMOS Santé vous transmettra votre carte de tiers payant.

Pièces justificatives à fournir :

Pour vous et votre conjoint ➡ attestation de droits au régime obligatoire et RIB

Pour votre concubin ➡ attestation de droits au régime obligatoire faisant apparaitre le domicile commun ou déclaration de domicile commun et justificatif (facture EDF, facture de téléphone… aux 2 noms)

Pour votre partenaire de PACS ➡ attestation de droits au régime obligatoire et copie du PACS

Pour vos enfants jusqu'à leur 21ème anniversaire ➡ attestation de droits au régime obligatoire

Pour vos enfants de plus de 21 ans et jusqu'à leur 28ème anniversaire ➡ attestation de droits au régime obligatoire et certificat de scolarité ou copie du contrat d'apprentissage ou du contrat de professionnalisation
Si votre enfant est à la recherche de son 1er emploi : attestation de non indemnisation du Pôle Emploi

Pour vos enfants atteint d'un handicap ➡ attestation de droits au régime obligatoire et notification d'invalidité ou décision de la CDAPH. Votre enfant est couvert sans limite d'âge.

Pour vos ascendants fiscalement à votre charge ➡ attestation de droits au régime obligatoire et avis d'imposition justifiant la prise en compte dans le quotient familial et copie d'une pièce d'identité

Pour l'adhésion de vos ayants droit (conjoint, concubin, enfants) ou l'adhésion à une option de garantie, merci de joindre impérativement le mandat de prélèvement SEPA complété et signé + un RIB.

Choisir de souscrire un régime optionnel :

Vous faites le choix de souscrire des garanties supplémentaires à titre optionnel et facultatif, la cotisation supplémentaire est entièrement à votre charge. Elle est prélevée chaque mois, à terme d'avance, sur votre compte bancaire. Le régime optionnel retenu s'applique dans tous les cas obligatoirement à tous les bénéficiaires couverts.

Comment et à quel moment est-il possible d'adhérer ou de changer de régime optionnel ?

- Vous pouvez effectuer votre choix, lors de votre adhésion ou à tout moment en cours de vie du contrat, en adressant une demande à HEMOS Santé. Vous pouvez modifier votre choix de garanties pour un niveau d'option inférieur ou supérieur en communicant votre volonté à HEMOS Santé.
- Les garanties facultatives prennent effet sous réserve du paiement de la cotisation correspondante :
  - Si vous formulez votre choix lors de votre adhésion au contrat obligatoire, à cette date ;
  - En cas d'adhésion postérieure à la date d'adhésion au contrat obligatoire et dans les trois mois suivant cette dernière, le premier jour du mois suivant la date de réception de votre demande par HEMOS Santé ;
  - En cas de changement de situation de famille permettant le rattachement d'un ayant droit ou dans le cas où un ayant droit perd la qualité d'assuré au titre d'un autre contrat complémentaire santé, à la date à laquelle l'événement a eu lieu, sous réserve que le bulletin individuel d'adhésion parvienne à HEMOS Santé, au plus tard dans les trente jours qui suivent l'évènement ;
  - En cas d'adhésion au cours de la vie du contrat, hors des délais et des circonstances prévus ci-dessus, le 1er jour de l'année civile suivant la date de réception de la demande par l'assureur, si cette demande a été effectuée par l'assuré avant le 31 octobre de l'année en cours ;
  - Dans le cas où vous avez déjà résilié une garantie facultative, toute nouvelle adhésion à une garantie facultative ne prendra effet qu'au terme de 2 années civiles entières suivant la date d'effet de la résiliation. Cette règle ne s'applique pas en cas de changement de situation de famille pour l'adhésion à l'extension famille facultative.
- En outre, en cas de demande de modification des options facultatives, la demande prend effet :
  - En cas de modification des garanties pour un niveau d'option supérieur, les nouvelles garanties prennent effet au 1er jour de l'année civile suivant la date de réception de la demande par l'assureur, sous réserve que la demande ait été effectuée par l'assuré avant le 31 octobre de l'année en cours ;
  - Toute demande de modification des garanties pour un niveau d'option inférieur ne pourra intervenir qu'après une année civile complète d'adhésion à l'option et ne prendra effet qu'au 1er janvier de l'année civile suivante sous réserve que la demande ait été effectuée avant le 31 octobre de l'année en cours. Le retour sur un régime optionnel supérieur ne sera possible qu'après 2 ans.

La fin de votre affiliation et de celle de vos ayants droit

Les garanties cessent dans les cas suivants :

le jour de la rupture de votre contrat de travail

le jour de la liquidation normale ou anticipée de votre pension vieillesse d'un régime obligatoire

à la date de la résiliation du contrat d'assurance

En cas de départ de la société, il convient de retourner à HEMOS Santé votre carte de tiers payant. En retour, vous recevrez un certificat de radiation.

Sous quelles conditions et comment bénéficier de la portabilité des droits ?

En application des dispositions de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, les garanties sont maintenues aux anciens salariés dont le contrat de travail a cessé sous réserve que cette cessation ne soit pas la conséquence d'une faute lourde et ouvre droit à une prise en charge de l'assurance chômage.

Conditions du maintien :

Le maintien est acquis aux anciens salariés qui bénéficiaient effectivement des garanties du contrat à la date de cessation de leur contrat de travail. Le maintien s'applique dans les mêmes conditions aux ayants droit effectivement couverts à la date de rupture du contrat de travail.

Prise d'effet et durée du maintien

Les garanties sont maintenues à compter du lendemain de la date de cessation du contrat de travail. La durée du maintien est égale à celle du dernier contrat de travail, comptée en mois entiers et le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois maximum.
Le maintien cesse, pour l'ensemble des bénéficiaires, le jour où l'ancien salarié :

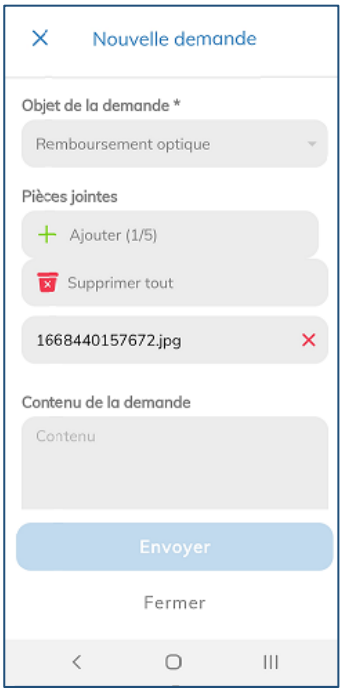
- Ne perçoit plus d'allocation de l'assurance chômage obligatoire,
- Est radié de l'assurance chômage obligatoire,
- Reprend une activité rémunérée,
- Liquide normalement ou par anticipation sa pension vieillesse d'un régime obligatoire,
- Décède.

Et en tout état de cause, le jour où le contrat est résilié quelle qu'en soit la cause.

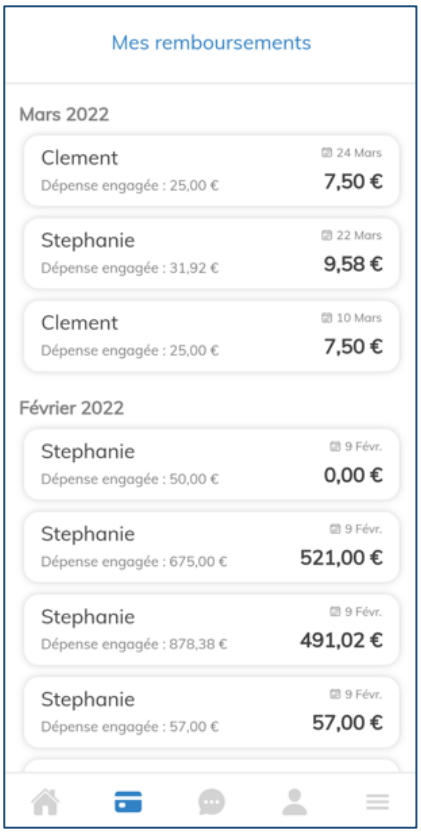
La gestion du contrat

Comment se faire rembourser ?

Remboursements facilités



Comment suivre ses Remboursements ?



Justificatifs nécessaires à vos remboursements

Certains actes médicaux, si ceux-ci sont prévus au contrat, nécessitent l'envoi de pièces complémentaires pour être remboursés. Vous devez dans ce cas fournir, à HEMOS SANTE, les justificatifs suivants :

- **Hospitalisation médicale ou chirurgicale**

Etablissement public : Avis des sommes à payer + attestation de paiement ou quittance originale.

Etablissement privé : Bordereau de facturation S3404 acquitté accompagné de la ou des note(s) d'honoraires acquittée(s) si dépassement.

- **Frais d'optique**

Lunettes : Facture acquittée + ordonnance.
Lentilles : Facture acquittée + ordonnance de - 3 ans.

- **Dentaire**

Prothèse dentaire : Facture détaillée et acquittée du dentiste.
Orthodontie : Facture acquittée de l'orthodontiste (si > à 500 €/semestre) indiquant le N° du semestre ainsi que la date de début et de fin de traitement de ce semestre.

- **Biologie et Radiologie**

Facture acquittée du professionnel de santé.

- **Autres Actes**

Pharmacie, Ostéopathie, chiropracteur : Facture acquittée et originale du professionnel de santé.
Appareillage : Facture acquittée si dépassement ou si frais réels >à 100€.

Vous avez 2 mutuelles :

Si HEMOS Santé intervient en 2ème mutuelle sur votre dossier, vous devez transmettre le décompte original du remboursement effectué par votre 1ère mutuelle et le duplicata de votre facture le cas échéant.
Dans le cas où vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, vous devrez joindre également le décompte de remboursement de votre régime obligatoire (CPAM, MSA …).

Délai de présentation d'une demande de remboursement :

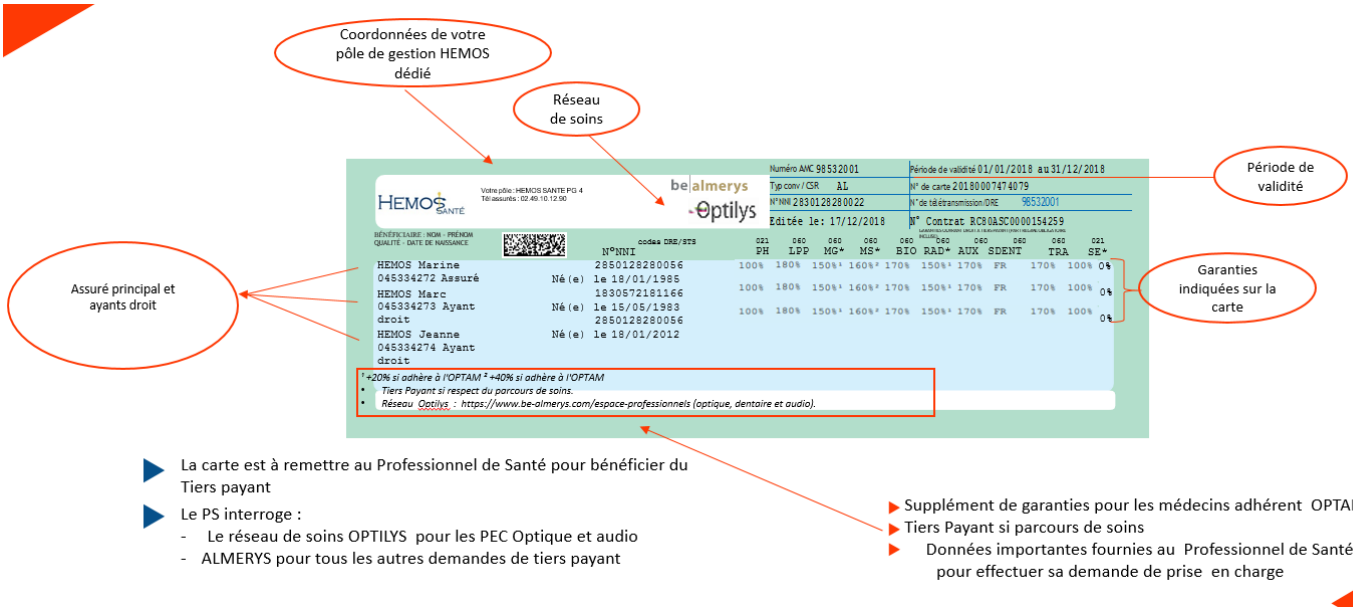
HEMOS Santé prendra en charge vos frais médicaux tant que vous êtes garanti par le contrat.

Il existe cependant un délai de prescription de 2 ans à compter de la date des soins pour présenter vos demandes de remboursement.

Votre carte de tiers payant

Le tiers payant vous dispense de l'avance des frais dans la limite des garanties du contrat, sous réserve d'être toujours dans l'entreprise ou en portabilité.
Une carte de tiers payant vous est adressée chaque année. Elle est valable pour un an (du 1er janvier au 31 décembre).
Sur simple présentation, elle vous permet de bénéficier d'une dispense d'avance des frais sur la part prise en charge par l'assurance maladie (Sécurité sociale) et la part prise en charge par votre complémentaire santé.

Même si le tiers payant a été généralisé à l'ensemble des professionnels de santé depuis le 1er janvier 2017, certains professionnels peuvent refuser de pratiquer le tiers payant.



La carte de tiers payant est à remettre au professionnel de santé pour bénéficier du tiers payant

Le professionnel de santé interroge :

- Almérys Optilys pour les prises en charge optique et audioprothèses ainsi que toutes les autres demandes de tiers payant.

En cas de demande de prise en charge d'un établissement hospitalier :

- L'établissement transmet la demande à HEMOS Santé.

La télétransmission

A quoi sert la télétransmission ?

Quand vous sollicitez le remboursement de vos frais médicaux par votre complémentaire santé, celle-ci a besoin d'informations de la part de votre caisse d'assurance maladie pour calculer le montant du remboursement qu'elle doit effectuer à votre profit. Grâce à la télétransmission, cet échange est informatisé et se fait donc automatiquement et rapidement.

Comment mettre en place la télétransmission ?

Pour qu'HEMOS Santé puisse mettre en place la liaison avec votre caisse d'assurance maladie, il est impératif que vous transmettiez votre attestation de droits au régime obligatoire.

Comment vérifier que la télétransmission est active ?

Sur le site de l'assurance maladie « ameli.fr », après vous être connecté à votre espace assuré, rendez-vous à la rubrique « Mes informations » puis « Votre organisme complémentaire » et s'il est indiqué « oui » à côté du mot « télétransmission », cela signifie qu'elle est active.

Que faire si la télétransmission n'est pas active ?

Si vous constatez un dysfonctionnement, n'hésitez pas à prendre contact avec l'équipe dédiée d'HEMOS Santé afin d'identifier la cause du problème.
Si HEMOS Santé constate que votre télétransmission est inactive, vous en serez informé via votre espace assuré, un mail ou un courrier.
En cas de chevauchement de contrat, il convient de vérifier que l'ancien assureur ou gestionnaire a bien procédé à votre radiation et à la déconnexion entre lui et votre caisse d'assurance maladie.

Dans quel cas ne peut-on pas mettre en place une télétransmission ?

Si vous bénéficiez de plusieurs complémentaires santé, vous ne pouvez en désigner qu'une seule à la caisse d'assurance maladie pour la télétransmission. Pour actionner le remboursement de la 2ème complémentaire santé, vous devrez lui transmettre les décomptes des remboursements effectués par la caisse d'assurance maladie et votre 1ère complémentaire santé.

Vous déménagez :
Si votre déménagement entraine un changement de caisse d'assurance maladie, vous devrez transmettre à HEMOS Santé votre nouvelle attestation Vitale.

Votre enfant est rattaché à 2 numéros de Sécurité sociale :

la télétransmission se fait via la carte Vitale utilisée lors de la visite chez le médecin.

Assurances Guémas et Associés | SAS au capital de 1 000 000 € | Siren 487 889 578 RCS Nantes | Siège social : 3 Cours des Marches de Bretagne – CS 19206 44192 Clisson cédex | Tél : 02 40 54 00 58 | Mail : contact@guemas-associes.fr | Internet : www.guemas-associes.fr | Immatriculée à l'Orias sous le n° 07010480 (www.orias.fr) en qualité de courtier d'assurance | Sous le contrôle de l'ACPR , 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 | Toute réclamation est à adresser par courrier à l'attention du Service Réclamation : 3 cours des Marches de Bretagne - 44190 Clisson ou par mail à : reclamation@guemas-associes.fr | Médiation : Médiation de l'assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 ou : le.mediateur@mediation-assurance.org .

HEMOS SANTE - SAS au capital de 50 000€ - Siren 513 499 665 RCS Nantes
1, Ruelle Nominoë – CS 59638 – 44196 Clisson cedex - Tél : 02.49.10.12.90 – https://hemossante.fr
Société inscrite au registre des intermédiaires d'assurance sous le n° 09 052 781 (www.orias.fr)
Garantie financière et responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L530-1 et L530-2 du Code des Assurances.
Toutes réclamations et toutes demandes de médiation sont à adresser par courrier à l'attention du Service Réclamation : 1 Ruelle Nominoë – CS 59638 – 44196 Clisson cedex ou par mail à : reclamation@hemossante.fr
Coordonnées de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 61 rue Taitbout – 75436 Paris cedex 09