

Santé Magasin U



Commerçants
autrement

Livret d'information du salarié



2026



Sommaire

Introduction

Comment nous contacter ?

Vos garanties

Votre réseau de soins Kalixia

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 <https://assure.hemossante.fr> en saisissant vos identifiants.



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

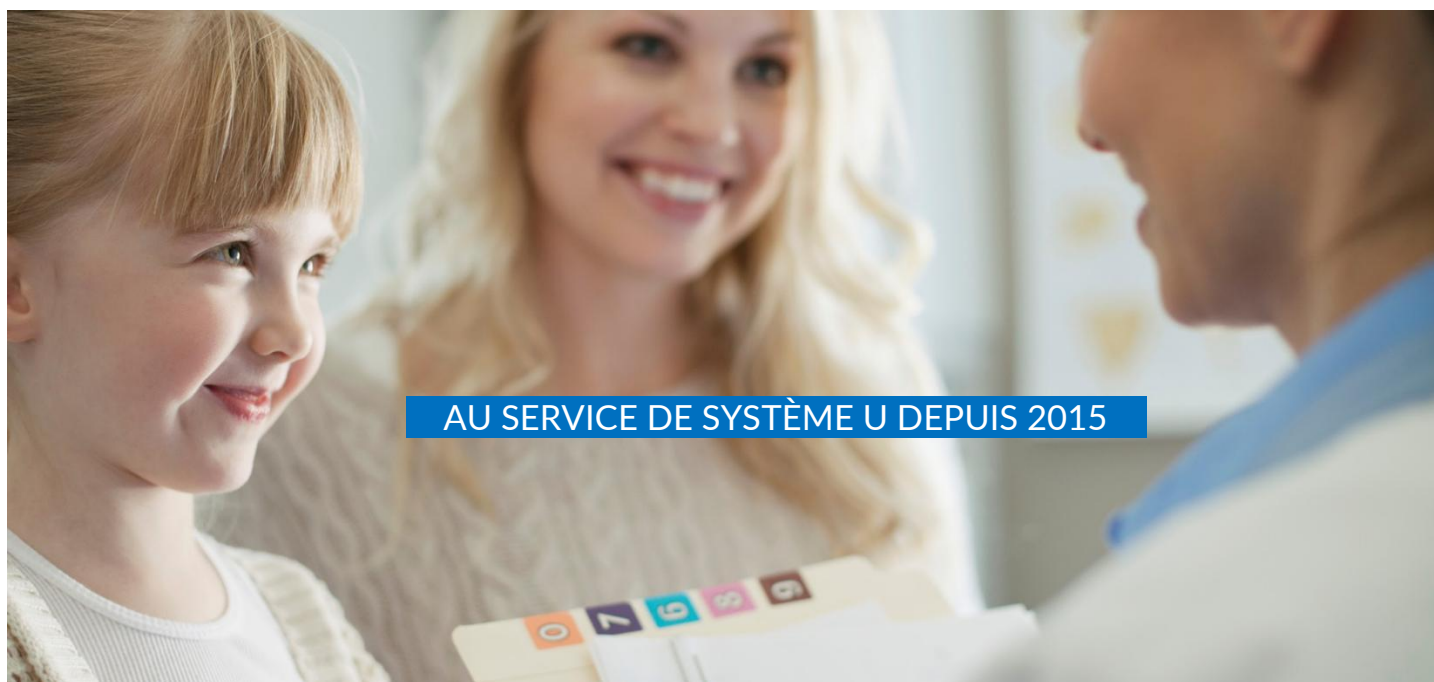
Responsable de gestion : Johanna MORVAN

Pôle gestion : Stéphanie GAUTREAU



Par courrier

Centre de gestion HEMOS --- 28039 --- Chartres Cedex



AU SERVICE DE SYSTÈME U DEPUIS 2015

Votre extranet

1. Je crée mon espace assuré

Connectez-vous sur <https://assure.hemossante.fr>



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

Pour une démonstration c'est par ici -> [Votre guide espace personnel en ligne](#)

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

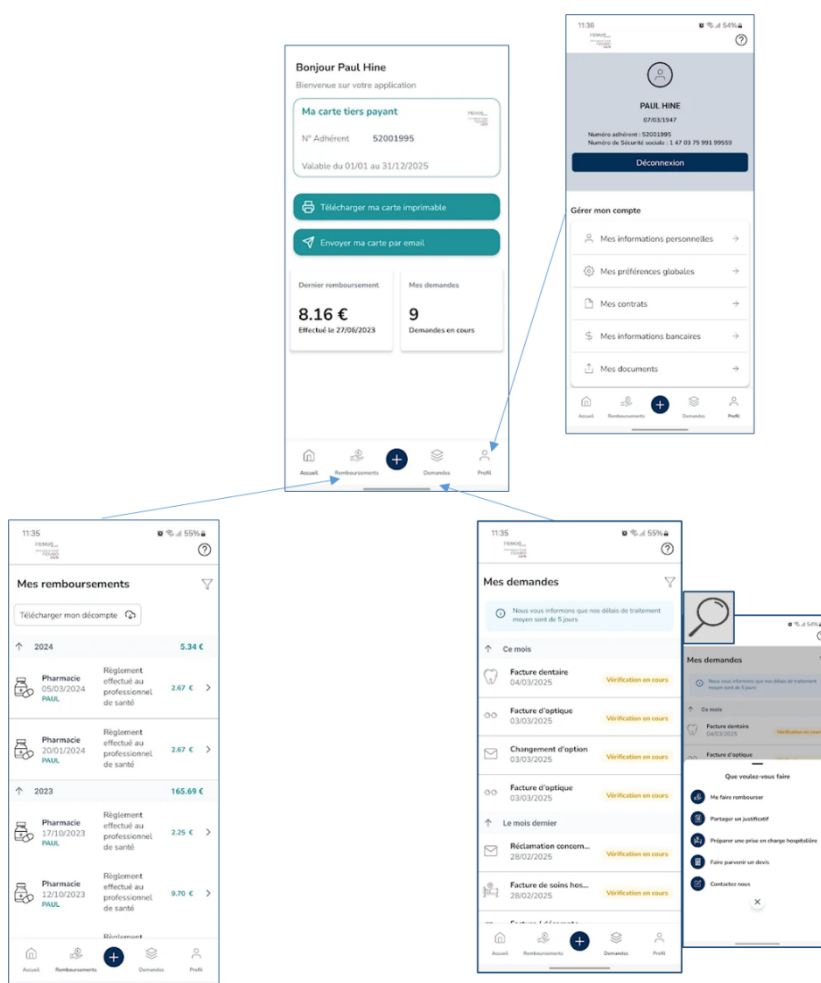
4. Une interrogation

- ⇒ Je consulte la foire aux questions sur mon espace

Votre appli mobile

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

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



Vos garanties

Régime de base R3

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)	
 DENTAIRE auprès d'un professionnel	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
	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 annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement : 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 réglementairement 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 Spécialisée, 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 €
 AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT Par oreille Renouvellement tous les 4 ans	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 €
	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 réglementairement : 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 réglementairement 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.

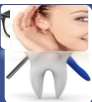
*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** 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 annuaire.sante.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 Kalixia

Grâce au régime Frais de santé souscrit par votre entreprise, vous avez la possibilité de bénéficier des avantages du réseau de soin KALIXIA.

L'objectif d'un réseau de soin est d'optimiser le service rendu à l'adhérent.

C'est avant tout une collaboration volontaire de professionnels de santé, les partenaires du réseau de soins, prêts à œuvrer pour proposer à chaque adhérent des produits et des services au meilleur rapport qualité/prix.



Des prix négociés pour vous !

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

Vous profitez :

- ⇒ Des prix optimisés : 20% à 40% moins chers que les prix du marché en moyenne
- ⇒ Un remboursement total ou une réduction du reste à charge adhérent
- ⇒ Le tiers payant évitant ainsi toute avance de frais

KALIXIA OPTIQUE



- + de 5 100 opticiens répartis sur toute la France
 - des réductions sur les verres (en moyenne 213€ de réduction sur des verres progressifs)
 - 20 % de réduction sur les lentilles et les montures (hormis certaines montures griffées)
 - un suivi haut de gamme et des équipements de qualité
 - **NOUVEAU : l'essayage virtuel de montures**
- Depuis votre ordinateur, essayez les montures disponibles chez le professionnel de votre choix.
Plus besoin de faire le tour des opticiens pour trouver sa monture !

KALIXIA AUDIO



- + de 3 400 centres audio partenaires partout en France
- Des économies de 600 € en moyenne sur un double appareillage et selon les contrats
- Le tiers payant intégral au sein du réseau
- Plus d'équipements de qualité dans le réseau

KALIXIA DENTAIRE



- + de 3 200 chirurgiens-dentistes répartis dans 88 départements
- Une économie moyenne constatée jusqu'à 650 € sur certains actes, tel que l'implant. Un accès facilité aux soins prothétiques, à l'implantologie, l'orthodontie et la parodontologie.
- Un passeport traçabilité/conformité pour les prothèses, l'implant et l'équipement orthodontique.
- Une garantie de 10 ans sur les prothèses.



COMMENT BÉNÉFICIER DES AVANTAGES DU RÉSEAU ?

Trouvez les coordonnées des partenaires KALIXIA les plus proches de chez vous grâce à l'outil de géolocalisation disponible sur votre Espace personnel sur www.noveocare.com

> Présentez au partenaire votre carte de tiers payant faisant apparaître le logo KALIXIA et demandez à bénéficier des tarifs privilégiés, services préférentiels et du tiers payant.



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 :

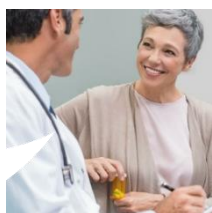
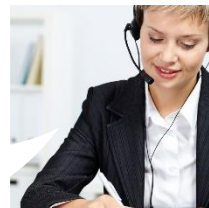
Téléconsultation médicale

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

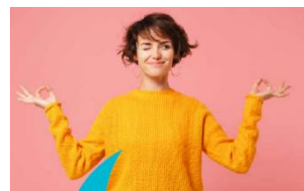
En cas de maladie grave ou d'hospitalisation, obtenez gratuitement sous 7 jours un deuxième avis médical d'un spécialiste sur le diagnostic et/ou le traitement qui vous a été proposé.

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/>)

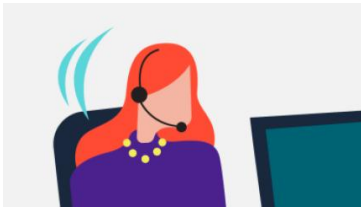
▶ Service d'assistance à domicile

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

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.

Mon assistance santé
directement
dans mes contacts :



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 :
 - o Qu'ils soient âgés de moins de 21 ans
 - o 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.
 - o 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 21^{ème} anniversaire s'ils poursuivaient des études.
- Et d'autre part :
 - o 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 apparaître 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 21^{ème} anniversaire ➡ attestation de droits au régime obligatoire
- # Pour vos enfants de plus de 21 ans et jusqu'à leur 28^{ème} 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 1^{er} 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 communiquant 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'événement ;
 - 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 :

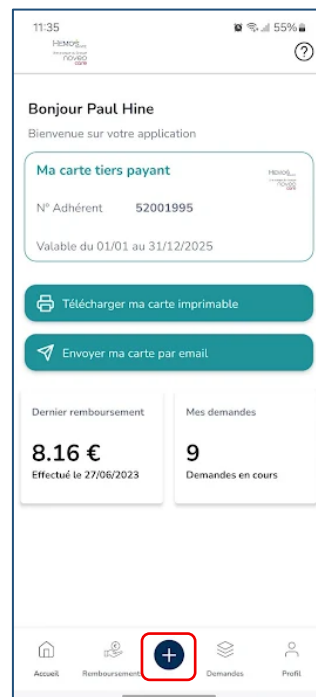
- Ne perçoit plus d'allocation de l'assurance chômage obligatoire,
- Est radié de l'assurance chômage obligatoire,
- Reprend une activité rémunérée,
- Liquide normalement ou par anticipation sa pension vieillesse d'un régime obligatoire,
- Décède.

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

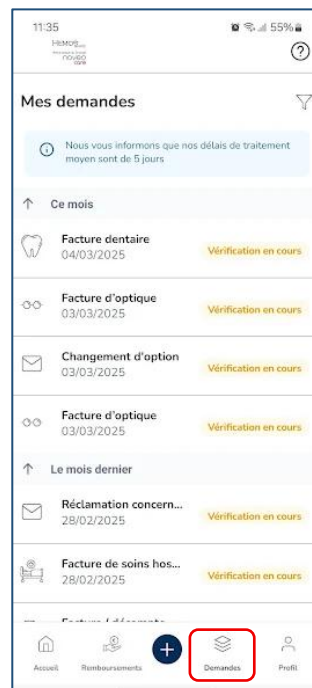
La gestion du contrat

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 SANTÉ, 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 2^{ème} mutuelle sur votre dossier, vous devez transmettre le décompte original du remboursement effectué par votre 1^{ère} 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 1^{er} 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 1^{er} janvier 2017, certains professionnels peuvent refuser de pratiquer le tiers payant.



N°AMC : XXXXXXXXXX
 Typ Conv : voir colonnes, CSR : XXXXXX
 N° adhérent : XXXXXXXXXX **R**

ATTESTATION DE TIERS PAYANT
PLANSANTE

Période de validité :
01/07/2025 au 31/12/2025
DROITS EN LIGNE OUVERTS-IDB
 Assuré principal AMC : XXXXXXXXXX
 N° contrat : 0000000000XXXXXX

Bénéficiaire(s) du tiers payant				Dépenses de santé concernées par le tiers payant(*)											
Nom - Prénom	Rang	N° INSEE	Typ Conv	PHAR SP	MED SP	RLAX SP	SAGE SP	EXTE IS/ROC-SP	CSTE SP	HOSP OC/ROC-SP	OPTI SP/VM	DESO SP	DEPR OC	AUDI OC/VM	DIV SP
XXXXXXXXXX	1	XXXXXXXXXX		100/100/100	100%	100%	100%	100%	100%	PEC (1)	PEC (1/7)	100% (2)	PEC (1)	PEC (1/7)	100% (2)
XXXXXXXXXX	1	XXXXXXXXXX		100/100/100	100%	100%	100%	100%	100%	PEC (1)	PEC (1/7)	100% (2)	PEC (1)	PEC (1/7)	100% (2)
XXXXXXXXXX	1	XXXXXXXXXX		100/100/100	100%	100%	100%	100%	100%	PEC (1)	PEC (1/7)	100% (2)	PEC (1)	PEC (1/7)	100% (2)



(*) : Règle de calcul O2A : MIRC = %TRMRO (1) : Faire votre demande de prise en charge à l'adresse indiquée au verso.
 (2) : Selon les accords locaux. (3) : Accord départemental.
 100/100/100 : Taux AMC sur pharmacie remboursable à (65%, LPP 60%/30%/15%)
 (7) : Demande de prise en charge à faire par le PS auprès de Viamédis par internet
www.viamedis.net ou par fax : 0 825 826 282 (Service 0, 15 euro TTC/min + prix appel)



Important :
Seules les dépenses avec la mention SP sont prises en charge par SP santé.

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

Le professionnel de santé interroge :

- Kalixia 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 2^{ème} complémentaire santé, vous devrez lui transmettre les décomptes des remboursements effectués par la caisse d'assurance maladie et votre 1^{ère} complémentaire santé.



Vous déménagez :

Si votre déménagement entraîne 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 cedex | 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.orient.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 SANTÉ - 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.orient.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