

Questions/Réponses

1. Souscrire une assurance santé

Les différents Régimes Obligatoires

Le Régime Obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale française dont relève l'assuré peut être :

- le Régime Général : c'est le régime le plus courant. L'Assurance Maladie (régime général) est l'assureur solidaire de quatre personnes sur cinq en France et finance 75 % des dépenses de santé. Les complémentaires santé interviennent après les actes remboursés par la Sécurité Sociale,
- le Régime des Salariés Agricoles : il couvre les exploitants et les salariés agricoles. Il est géré par la caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole (MSA). La complémentaire santé intervient après les actes remboursés par les caisses de salariés agricole ou exploitant agricole,
- le Régime Obligatoire des Travailleurs Non-salariés Non Exploitants Agricoles : c'est le régime des commerçants artisans et professions libérales. Les mutuelles interviennent après le remboursement du régime dans un modèle proche de celui des salariés,
- le régime Alsace Moselle : c'est un régime local qui intervient après remboursements du Régime Obligatoire général,
- le système comprend également de nombreux autres régimes dit « spéciaux » : le régime des marins et inscrits maritimes, le régime des mines, de la SNCF, de la RATP, d'EDF-GDF, de la Banque de France, de l'Assemblée Nationale, du Sénat, le régime des clercs et employés de notaire, le régime des ministres du culte, etc.

Obtenir un devis d'assurance santé et souscrire

Vous n'avez pas encore souscrit notre assurance santé Selfassurance Santé ?

- Vous pouvez obtenir votre tarif d'assurance santé en ligne grâce à notre formulaire.
- Vous recevez votre devis d'assurance santé immédiatement par e-mail.
- Vous pourrez souscrire en ligne si vous venez d'acquérir votre véhicule ou si vous souhaitez être assuré rapidement.

Mise en place de la télétransmission

C'est un système de flux informatique mis en place pour transmettre immédiatement aux régimes d'assurance maladie obligatoires les feuilles de soins, indiquant les honoraires et les actes médicaux réalisés afin d'accélérer les remboursements et simplifier les démarches des assurés.

Pour plus de tranquillité, Selfassurance Santé propose la télétransmission pour l'ensemble de ses formules.

Pour mettre en place la télétransmission, vous devez faire parvenir au service Relations Clients une photocopie de l'attestation de la carte vitale de tous les assurés au contrat.

2. Les garanties existantes

Acte de prévention

Un acte de prévention a pour objectif de réduire l'impact des maladies ou des problèmes de santé, d'éviter l'apparition de maladie ou de problème de santé, d'arrêter leur progression ou de limiter leurs conséquences.

Pour connaître les actes de prévention pris en charge par une mutuelle ou une complémentaire santé ainsi que le montant des remboursements, nous vous invitons à vous référer au tableau des garanties et aux conditions générales du contrat.

Appareillage

Il s'agit de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements : prothèses, fauteuils roulants, etc. La plupart des mutuelles ou complémentaires santé distinguent les équipements d'optique et les prothèses auditives du reste de l'appareillage.

Cure thermique

Une cure thermique est un séjour dans un centre thermal en vue du traitement de certaines affections. Les cures thermales sont remboursées par l'assurance maladie si celles-ci sont motivées par une affection ou une pathologie figurant sur la liste des orientations thérapeutiques prises en charge.

Hospitalisation

Une hospitalisation est un séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Maternité

Sont liés aux garanties maternité l'état de grossesse, l'interruption de grossesse, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Vaccins

La vaccination est un procédé consistant à introduire un agent extérieur dans l'organisme afin de créer une réaction immunitaire positive contre une maladie infectieuse.

Il existe plusieurs catégories de vaccins :

- vaccins obligatoires (diphtérie - tétanos - poliomyélite),
- vaccins recommandés (par exemple : BCG, coqueluche, méningite...).

Les vaccins recommandés sont pour la plupart remboursés par l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 65 %. Certains sont remboursés à 100 % pour des catégories ciblées (grippe, rougeole-oreillons-rubéole).

3. Les remboursements

Le tiers payant

Les complémentaires santé Selfassurance Santé utilisent le système Almerys pour les cartes tiers payant.

Le tiers payant est le système permettant à un assuré de ne pas faire l'avance des frais, la Sécurité sociale réglant directement le professionnel de santé. Les mutuelles ou complémentaires santé

peuvent également proposer le tiers payant sur la part qu'elles remboursent. On parle alors de dispense d'avance de frais.

Almerys est une filiale de la société Orange. Spécialiste de la gestion simplifiée des remboursements de santé, Almerys facilite la pratique du tiers payant pour les professionnels de santé et accompagne les organismes d'assurance maladie complémentaire dans leur stratégie santé.

La prise en charge hospitalière et optique

Une prise en charge est un acte permettant à l'assuré d'éviter d'avancer les frais.

Le montant de mes remboursements

Les montants des remboursements et des prestations assurées sont mentionnés sur le tableau des garanties joint au certificat d'adhésion.

Sauf dispositions spécifiques mentionnées sur le certificat d'adhésion ou le tableau des garanties, les garanties et prestations assurées correspondantes sont généralement exprimées en pourcentage des bases de remboursement du Régime Obligatoire et pour les prestations forfaitaires en euros ou en pourcentage du plafond mensuel du Régime Obligatoire. Lorsque la garantie fait référence à un plafond mensuel du Régime Obligatoire, celui-ci correspond au plafond en vigueur à la date à laquelle sont exposés les frais.

La franchise annuelle par bénéficiaire

La franchise correspond au montant déduit des prestations dues à un assuré. Ce montant, apprécié par année d'assurance, est mentionné dans le tableau des prestations assurées correspondant à la formule souscrite. Cette franchise ne s'applique pas sur les consultations généralistes, spécialistes, les analyses et examens, la pharmacie et les actes de prévention.

Pour le produit Locostia, la franchise annuelle par bénéficiaire varie entre 50 € et 70 € en fonction de la formule souscrite.

Pour le produit Victoria Santé il n'y a aucune franchise annuelle.

Pour le produit AvantAge, si l'option est souscrite, la franchise s'élève à 50 € par an et par bénéficiaire. En contrepartie, une réduction sur la cotisation est appliquée.

4. Mon contrat

Contrat collectif et contrat individuel

Un contrat collectif ou contrat groupe est un contrat d'assurance de personnes passé entre un organisme assureur et une entreprise au bénéfice de ses salariés.

Un contrat individuel est un contrat de complémentaire santé à adhésion volontaire, souscrit par une personne physique pour sa couverture personnelle.

Contrat solidaire et contrat responsable

Le contrat est dit solidaire lorsque l'accès au contrat et à ses garanties est acquis quel que soit l'état de santé de l'assuré, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

Le contrat est dit responsable lorsque les garanties s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif, relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé, dits «contrat responsable» défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets d'application et arrêtés.

En conséquence, elles ne remboursent pas :

- la contribution forfaitaire par acte médical prélevée par le Régime Obligatoire,
- les majorations du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés,
- le dépassement d'honoraires autorisé des médecins spécialistes consultés hors du parcours de soins.

Comment obtenir vos prestations

Lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec sa Caisse d'Assurance Maladie ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à nous transmettre sont les suivants :

- hospitalisation : l'original du décompte du Régime Obligatoire ou les originaux des factures de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes,
- la médecine courante : l'original du décompte du Régime Obligatoire pour la pharmacie, les frais de transport, les prothèses et les appareillages (les prothèses auditives, les prothèses orthopédiques, etc.),
- le dentaire : l'original du décompte du Régime Obligatoire. Pour les prothèses, l'orthodontie et les frais non remboursés par le Régime Obligatoire, l'original de la facture détaillée acquittée de tous les actes,
- l'optique : l'original du décompte du Régime Obligatoire ou la facture détaillée acquittée établie par l'opticien,
- allocation naissance/adoption : acte de naissance du nouveau-né ou la copie du jugement d'adoption ainsi que l'attestation papier Vitale,
- chirurgie réfractive des yeux : la prescription médicale ainsi que l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier,
- appareillage (prothèse auditive, prothèse orthopédique, gros appareillage) : l'original du décompte du Régime Obligatoire ainsi que la facture détaillée acquittée,
- ostéopathie et médecine douce : copie de la prescription médicale, la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle,
- vaccins, pilules et médicaments non remboursés par le Régime Obligatoire : la copie de la prescription médicale ainsi que l'original de la facture détaillée,
- actes de préventions pris en charge par le Régime Obligatoire: l'original du décompte du régime de base, ainsi que la facture détaillée acquittée,
- forfait annuel cure thermale : la facture des frais de transports (copie billet de train, avion) et des frais d'hébergement (hôtel, ou locations diverses : camping, gîte, etc.).

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, une demande de pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus peut-être demandée aux assurés.

Résilier votre complémentaire santé

Pour résilier un contrat d'assurance santé, utilisez toujours l'envoi par courrier recommandé avec accusé réception. Si vous êtes déjà assuré vous pouvez nous contacter afin que nous vous facilitions les démarches de résiliation auprès de votre assureur actuel.

Pour plus de détails sur les moyens de résiliation vous pouvez vous reporter aux conditions générales de votre contrat ou l'avis d'échéance de votre assurance actuelle.

5. Les services Selfassurance

Votre Espace Personnel

Votre espace personnel vous permet de tout gérer à distance et ainsi vous offre la mobilité et la sérénité dont vous avez besoin pour votre assurance auto en ligne.

Pour accéder à votre espace personnel, il vous suffit de saisir votre login et mot de passe que vous avez reçu soit en souscrivant à votre assurance santé en ligne Selfassurance Santé, soit en sauvegardant votre devis en ligne grâce à notre outil de sauvegarde.

Votre espace personnel vous permet d'accéder à :

- vos informations de contrats,
- vos coordonnées,
- vos cotisations,
- vos remboursements.

Attention certaines fonctions ne sont disponibles que si vous avez souscrit à une assurance santé en ligne Selfassurance Santé.

Le prélèvement automatique de votre assurance santé en ligne

Le prélèvement automatique est disponible en fournissant vos informations bancaires.

En fonction de la date de début de votre contrat, vous réglerez votre première cotisation par carte bancaire ou prélèvement. Vos cotisations suivantes seront prélevées automatiquement le 10 de chaque mois.

Modifier votre RIB

Le changement de votre RIB vous permet d'adapter votre situation bancaire si celle-ci évolue.

Pour changer votre RIB, vous pouvez vous rendre sur votre espace personnel, dans la rubrique Consulter ou Modifier mes contrats, section Mes cotisations.

Le changement de RIB se déroule sous la forme d'un avenant dans lequel vous signerez électroniquement votre demande. Vous recevrez un email de confirmation dès que votre nouveau RIB sera opérationnel.

Modifier vos fréquences de prélèvements

Vous pouvez changer la fréquence de vos prélèvements depuis votre espace personnel pour les passer de mensuel à trimestriel, de trimestriel à semestriel et de semestriel à annuel.

Pour cela, accédez à votre espace personnel et rendez-vous dans la rubrique Consulter ou Modifier mes contrats.