



GUIDE PRATIQUE DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Date : 2024



Pour toute question, contactez-nous sur monespace.verspieren.com rubrique « Démarches » puis « Nous contacter » ou via le chat en ligne.

Vous pouvez aussi nous joindre par téléphone au 03 20 45 33 33 du lundi au vendredi de 8h à 18h00 (tarif local).

Bienvenue chez Verspieren !

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

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

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

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

- la télétransmission pour les remboursements ;
- le tiers-payant ;
- la consultation des remboursements en temps réel depuis votre espace personnel sur appli mobile ;
- l'accès au service relations-assurés...

[La direction des Assurances de Personnes Verspieren](#)



Sommaire

1. LA GESTION DE VOTRE CONTRAT

- Vos garanties
- Définition de vos bénéficiaires
- Souscription à l'option et modalités de changement à l'option
- L'assistance incluse à votre contrat
- Votre espace personnel en ligne
- Comment consulter vos remboursements ?
- Profitez d'autres services

2. INFORMATIONS PRATIQUES

- Quels sont les justificatifs à transmettre pour vous faire rembourser ?
- Comment faire une demande de prise en charge hospitalière ?
- La télétransmission
- Les bonnes pratiques
- Le 100 % Santé
- Lexique
- Comment contacter Verspieren ?



PARTIE 1

La gestion de votre contrat

Votre tableau des garanties

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

HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE	
Séjour en établissement conventionné	600% BR
Honoraires, actes chirurgicaux (DPTM) Y compris maternité	600% BR
Honoraires, actes chirurgicaux (hors DPTM)	200% BR
Chambre particulière	80 € par jour
Lit accompagnant (enfant < 14 ans)	45 € par jour
Forfait hospitalier	Frais Réels
Transport	100% BR
MEDECINE COURANTE	
Consultations, actes techniques, radiologie Praticiens DPTM	470% BR
Consultations, analyses, actes techniques, radiologie Praticiens Hors DPTM	200% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR
Analyses de laboratoire	100% BR
Appareillage non dentaire	465% BR
Pharmacie remboursée SS	100% BR
DENTAIRE	
Soins et prothèses 100% santé	Remboursement intégral dans la limite de 100% PLV
Soins dentaires (panier libre)	470% BR
Panier maîtrisée : prothèses dentaire	470% BR Dans la limite de 100% PLV
Panier libre : prothèses dentaire	470% BR
Orthodontie remboursée SS	470% BR
Implantologie non prises en charge SS	800 € par an
OPTIQUE 1 équipement tous les 2 ans (sauf en cas de changement de correction visuelle ou pour les enfants de moins de 16 ans, PEC 1 fois par an) Maxi Monture : 100 €	
Equipe ment 100% santé	Remboursement intégral Dans la limite de 100% PLV
Equipe ment Libre – verres simples	420 €
Equipe ment Libre – verres complexes	700 €
Equipe ment Libre – verres très complexes	700 €
Lentilles acceptées et refusées SS	700 € par an
Chirurgie réfractive de l'œil	700 € par an
AIDES AUDITIVES : 1 équipement tous les 4 ans	
Equipe ment 100% santé	Remboursement intégral Dans la limite de 100% PLV
Panier Libre (dans la limite de 1700 € par oreille)	465% BR
MATERNITE	
Forfait naissance Si la mère est bénéficiaire du régime	250 €
CURE THERMALE	
Forfait	400 €
DIVERS	
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture	200 € par an
Vaccins et ostéodensitométrie osseuse non remboursés SS	45 € par an
Sevrage tabagique	50 € par an
Assistance	Inclus

Zoom sur les types de verres

a - Verres simples	a) verres unifocaux : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindrique > 0 dont ΣS (sphère+cylindre) ≤ 6
c - Verres complexes	c) verres unifocaux : sphériques hors zone de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindrique < -6 et cylindre $\geq 0,25$; sphéro-cylindrique > 0 dont ΣS (sphère+cylindre) ≥ 6
f - Verres très complexes	verres multifocaux ou progressifs : sphériques de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindrique > 0 dont ΣS (sphère+cylindre) ≤ 8
b - Verres a & c	
d - Verres a & f	f) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -4 à +4 ; sphéro-cylindrique de -8 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindrique < -8 et cylindre $\geq 0,25$; sphéro-cylindrique > 0 dont ΣS (sphère+cylindre) > 8
e - Verres c & f	

Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement : remboursement (incluant RO) à hauteur des Prix Limites de Vente

Niveau de correction	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre
Faible	Sphère	De -2 à +2	0
	Sphère	De -2 à 0	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De 0 à +2	Strictement supérieur à 0
Modéré	Sphère	De -4 à -2,25 ou de +2,25 à +4	0
	Sphère	De -4 à -2,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +2,25 à +4	Strictement supérieur à 0
Moyen	Sphère	De -6 à -4,25 ou de +4,25 à +6	0
	Sphère	De -6 à -4,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +4,25 à +6	Strictement supérieur à 0
Elevé	Sphère	De -8 à -6,25 ou de +6,25 à +8	0
	Sphère	De -8 à -6,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +6,25 à +8	Strictement supérieur à 0
Très élevé	Sphère	Strictement inférieur à -8 ou strictement supérieur à +8	0
	Sphère	De -8 à 0	Strictement supérieur à +4
	Sphère	Strictement inférieur à -8	Strictement supérieur à 0
	Sphère + Cylindre	Strictement supérieur à +8	Strictement supérieur à 0

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

- pour les adultes en cas de changement du défaut visuel, un an après la date d'achat du dernier équipement ;
- pour les enfants de moins de 16 ans, même lors d'un changement de défaut visuel, un équipement par an à partir de la date d'achat du dernier équipement.

Dans la limite des planchers prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret 2019-65 du 31 janvier 2019) et des plafonds prévus par le contrat responsable (décret 2019-21 du 11 janvier 2019), en fonction des corrections visuelles.

Définition de vos bénéficiaires

Le **conjoint** est :

- l'époux ou l'épouse de l'assuré, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e),
- ou à défaut, le partenaire de l'assuré lié par un pacte civil de solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil,
- ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS).

Les **enfants à charge** :

sont ceux de l'assuré ou ceux de son conjoint qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- être âgés de moins de 21 ans,
- bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré ou de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle,
- être fiscalement à la charge de l'assuré, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.

La limite d'âge de 21 ans est portée à 28 ans pour les enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- s'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,
- s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage,
- s'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi ou s'ils effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

La limite d'âge est supprimée pour les enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des personnes en situation de handicap ou qui sont titulaires de la carte mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant la limite d'âge prévue ci-dessus (21 ou 28 ans sous conditions).

Comment accéder à votre espace personnel en ligne ?

Comment me connecter pour la première fois à mon espace Verspieren ?

A l'issue de l'enregistrement de votre adhésion en ligne, vous recevrez des identifiants de connexion vous permettant d'accéder à votre espace Verspieren. Nous vous recommandons de ne pas renseigner votre adresse électronique professionnelle.

Quel est le délai de réception des identifiants de première connexion à mon espace Verspieren ?

Dans les 48 heures par courriel ou 5 jours ouvrés par courrier.

Des questions sur votre espace personnel ?

J'ai oublié l'adresse électronique que j'ai renseigné lorsque j'ai accédé pour la première fois à mon espace Verspieren, que dois-je faire ?

Si vous avez oublié vos identifiants, cliquez sur « J'ai oublié mon identifiant », et répondez aux questions de sécurité et nous vous renverrons vos identifiants par courriel ou par courrier.

J'ai oublié mon mot de passe, que dois-je faire ?

Il vous suffit de renseigner votre identifiant, d'appuyer sur « suivant » puis sur « J'ai oublié mon mot de passe », et vous recevrez alors un lien de réinitialisation vous permettant de créer un nouveau mot de passe.

Où puis-je trouver ma carte de tiers payant ?

Votre carte de tiers payant est disponible sur votre espace Verspieren, vous pouvez donc la consulter / télécharger depuis votre espace client dès la page d'accueil <https://monespace.verspieren.com/#/login> ou depuis l'application MonEspaceVerspieren disponible sur le PlayStore et l'AppStore.

Bienvenue dans votre espace Santé

Protégez votre famille. Simplifiez votre quotidien. Maîtrisez votre budget

Mes derniers remboursements [Tous mes remboursements](#)

15/06/2022	Acte de spécialiste	0 €
15/06/2022	Acte de spécialiste	10,63 €
15/06/2022	Acte de spécialiste	0 €

Mes services santé

En prenant vos rendez-vous chez des opticiens, dentistes et audioprothésistes partenaires du réseau vous êtes assurés de bénéficier du juste prix pour vos frais les plus onéreux, d'une qualité optimale de vos soins, de solutions et de conseils adaptés à vos besoins.

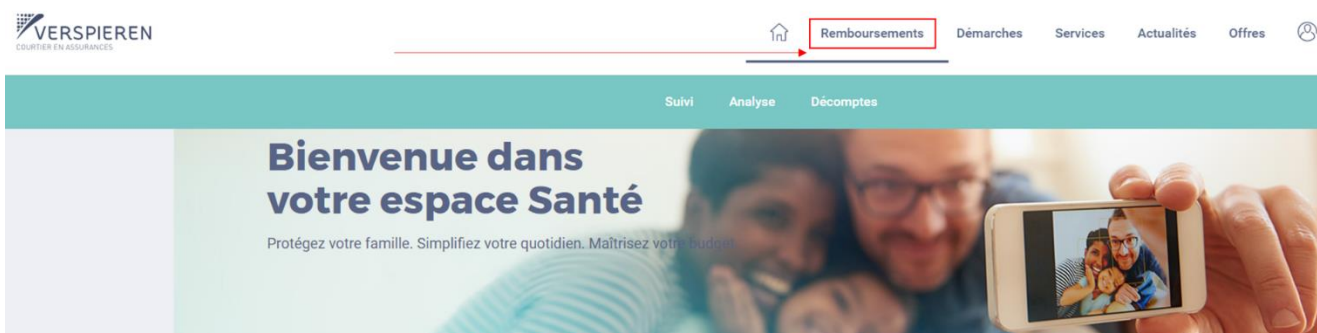
[Accéder aux services](#) [En savoir plus](#)

[Transmettre un justificatif](#) [Demander une prise en charge hospitalière](#) [Consulter mon livret de garanties](#) [Afficher ma carte de tiers-payant](#)



Comment consulter vos remboursements ?

Vos remboursements sont accessibles en vous connectant à votre espace client Verspieren à l'aide de votre identifiant et mot de passe : <https://monespace.verspieren.com> dans la rubrique « Remboursements ».



Envoyez-nous vos demandes de remboursement :

Tous les justificatifs de remboursements peuvent nous être envoyés par **photo ou scan** via votre espace personnel monespace.verspieren.com rubrique « Demandes » ou par e-mail adp@verspieren.com en nous indiquant votre numéro de Sécurité sociale ou par voie postale à l'adresse suivante :

Verspieren
Service Frais de santé
BP 30 200
59446 Wasquehal Cedex

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

Les remboursements de chaque bénéficiaire porteur d'un n° Sécurité sociale seront disponibles sur leur espace personnel respectif : <https://monespace.verspieren.com>



PARTIE 2

INFORMATIONS PRATIQUES

Quels sont les justificatifs à transmettre pour vous faire rembourser ?

Domaine de soins		Prise en charge par le régime obligatoire	Origine de l'information des soins	Justificatifs à transmettre à Verspieren
Dentaire	Orthodontie	Oui	Régime obligatoire (télé-transmission ou décompte)	Échéancier si écart supérieur à 1 mois entre deux périodes successives
		Non	Facture	Facture obligatoire en fin de période. Échéancier si écart supérieur à 1 mois entre deux périodes successives
	Traitements prothétiques	Oui	Régime obligatoire (télé-transmission ou décompte)	Copie de facture acquittée
		Non	Facture	Copie de facture acquittée
	Implants	Non	Facture	Copie de facture acquittée
Optique	Lunettes	Oui	Régime obligatoire (télé-transmission ou décompte)	Copie de facture acquittée
	Lentilles	Oui	Régime obligatoire (télé-transmission ou décompte)	Copie de facture acquittée
		Non	Facture	Copie de facture acquittée et prescription
Hospitalisation	Avec séjour	Oui	Facture	Volet AMC acquitté (en hospitalisation non conventionnée, fournir les factures de l'établissement + décompte du régime obligatoire)
	Sans séjour	Oui	Facture	Volet AMC acquitté pour de l'hospitalisation en ambulatoire
	Soins externes	Oui	Facture	Avis des sommes à payer + Attestation de paiement
Lit accompagnant	Hospitalisation	Non	Facture	Facture acquittée
Auxiliaires médicaux	Kinésithérapeute, orthophoniste, infirmier...	Oui	Régime obligatoire (télé-transmission ou décompte)	Copie de facture acquittée en cas de dépassement d'honoraires ou de paiement du Ticket Modérateur.
Pharmacie, analyses, radiologie, transport		Oui	Régime obligatoire (télé-transmission ou décompte)	Copie de facture acquittée en cas de dépassement d'honoraires ou de paiement du Ticket Modérateur.
Actes Techniques Médicaux (ATM) et Actes d'Echographie (ADE)		Oui	Régime obligatoire (télé-transmission ou décompte)	Copie de facture acquittée en cas de dépassement d'honoraires ou de paiement du Ticket Modérateur.
Appareillage		Oui	Régime obligatoire (télé-transmission ou décompte)	Copie de facture acquittée en cas de dépassement d'honoraires ou de paiement du Ticket Modérateur.
Actes non pris en charge par le régime obligatoire		Non	Facture	Copie de facture acquittée et prescription
Médecine douce		Non	Facture	Copie de facture acquittée

Votre attention : Lorsque le professionnel de santé (laboratoire, kinésithérapeute, infirmier etc) vous a demandé de vous acquitter de la part de mutuelle (=ticket modérateur), il convient de nous adresser la facture acquittée correspondante.

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

Que faire en cas de changement de situation de famille ?

Vous déménagez

N'oubliez pas de nous communiquer votre nouvelle adresse en vous connectant à votre espace personnel, vous pouvez modifier vos coordonnées postales en ligne : monespace.verspieren.com

Vous changez de situation de famille

En cas de changement de situation de famille entraînant l'inscription ou la radiation de l'un de vos ayants droit (mariage, concubinage, PACS, naissance d'un enfant, divorce, décès...) et si le retrait ou l'ajout d'une personne impacte votre cotisation alors dans ce cas, il suffit d'informer votre service Ressources Humaines qui transmettra à VERSPIEREN les informations suivantes :

- Nom et prénom de l'ayant droit
- Date de naissance
- Numéro de Sécurité sociale
- Date d'effet de ce changement

Pour l'affiliation d'un enfant, pensez à bien indiquer le numéro de Sécurité sociale de rattachement du père ou de la mère qui sera utilisé par l'Assurance maladie et Verspieren (dans l'idéal joindre une copie de l'attestation correspondante)

Dans le cadre d'un contrat à cotisation uniforme, alors dans ce cas, vous pouvez nous informer du changement sans passer par votre employeur.

Vous souhaitez modifier vos coordonnées bancaires

Modifiez vos coordonnées bancaires directement en ligne sur votre espace personnel ou bien adressez à votre Centre de Gestion un Relevé d'Identité Bancaire avec votre numéro de Sécurité sociale ainsi que vos coordonnées.

Votre enfant a sa propre immatriculation auprès de l'Assurance maladie

N'oubliez pas de nous adresser son attestation de droit Sécurité sociale.

Comment faire une demande de prise en charge hospitalière ?

Il existe plusieurs possibilités de réaliser votre demande de prise en charge :

- 1) L'établissement hospitalier formule sa demande de prise en charge avec les mentions présentes sur la carte de tiers payant
- 2) Vous déposez sur votre espace personnel MEV (onglet « **Vos demandes** » / « **Demande de prise en charge** ») votre demande d'accord de prise en charge. Le formulaire de prise en charge sera directement adressé à l'établissement hospitalier.
- 3) Vous pouvez appeler notre Service Relation Assurés qui fera le nécessaire pour délivrer la prise en charge.
- 4) Vous pouvez nous transmettre votre demande par mail sur adp@verspieren.com. Le formulaire de prise en charge sera directement adressé à l'établissement hospitalier.

Voici les informations nécessaires pour la prise en charge :

- **N° finess ou nom de l'établissement**
- **N° de fax ou adresse email de l'établissement**
- **Date d'hospitalisation**
- **N° de Sécurité sociale**
- **Nom, prénom de la personne hospitalisée**



La télétransmission


Pratique, la télétransmission entre les divers acteurs de santé vous permet d'être remboursé(e) automatiquement de vos dépenses de santé sans avoir besoin d'envoyer vos feuilles de soins à l'Assurance maladie et les décomptes à votre complémentaire santé.

Qui peut bénéficier de la télétransmission ?

Tous les assurés du régime général de la Sécurité sociale, du régime SNCF et du régime local Alsace-Moselle, de la MGEN, MSA, de la Caisse des clercs et employés de notaire, Intériale Mutuelle.

Comment savoir si la télétransmission est active ?

Dès l'enregistrement de votre adhésion, nous envoyons une demande de connexion à votre CPAM (sauf cas de refus de votre part). Sous 8 jours, vous pouvez vérifier l'état de la télétransmission sur votre compte AMELI rubrique « Mes informations ». **Si la télétransmission est opérationnelle : Verspieren apparaît avec la mention « Transmission automatique des paiements » ACTIVEE :**

MES INFORMATIONS			
	Marie 11/03/1995	Marie DUPONT	
Numéro de sécurité sociale OU Identifiant National de Santé (INS)		2 95 03 75 268 212	
Droits		Vos droits à l'Assurance Maladie sont ouverts.	
Caisse d'assurance maladie		CPAM des Hauts-de-Seine Code d'organisme 01 921 9221	
Organisme complémentaire		ASSURANCES VERSPIEREN (UNI EUROPE N° adhérent :	Contrat du 05/05/2009
		Transmission automatique des paiements	✓ ACTIVEE

En cas de chevauchement entre deux complémentaires santé, le message sur le visuel ci-dessous (1) apparaîtra. Cliquez sur « Sélectionner » pour choisir la complémentaire santé avec laquelle activer la télétransmission.
=> Les 2 complémentaires santé apparaissent (2). Sélectionnez celle avec laquelle vous souhaitez activer la télétransmission et cliquez sur « Valider ».

Important : pensez à confirmer votre choix (3). La déconnexion avec l'autre complémentaire santé sera effective sous 7 jours. Une information lui sera transmise pour signaler la déconnexion.

1



La transmission automatique des remboursements vers votre complémentaire est bloquée. Sélectionnez l'une de vos complémentaires pour l'activer.

[Plus tard](#) [Sélectionner](#)

2

Pour chaque bénéficiaire, choisissez l'organisme auquel vous souhaitez que soient transmis vos remboursements.

 <p>Nom, prénom du bénéficiaire Date de naissance</p>	<p>Nom de la mutuelle "Verspieren" Contrat du : 05-05/2018</p>	<p>Nom de la mutuelle "Verspieren" Contrat du : 05-05/2018</p>
--	--	--

L'autre organisme complémentaire ne sera plus visible dans votre compte ameli sous 7 jours.
*Le numéro d'adhésion / de contrat figure sur la carte ou l'attestation délivrée par votre organisme complémentaire.

[Valider](#)

3

Confirmer mon choix de complémentaire

<p>Prénom et nom du bénéficiaire Date de naissance</p>	<p>Nom de la mutuelle N° adhérent Contrat du : 05-05/20</p>
--	---

[Annuler](#) [Confirmer](#)

En cas de rejet de la télétransmission par la CPAM :

Nous vous adressons un courrier vous indiquant le motif et l'action à réaliser (transmission de votre attestation Vitale par exemple).

La télétransmission n'est pas opérationnelle pour :

- Les assurés déjà bénéficiaires de la télétransmission dans le cadre d'un autre contrat.
- Les assurés dépendant du régime de la fonction publique et territoriale, du régime RATP, MSA Mayotte, MGEN Mayotte, CAVIMAC.

Dans ce cas, pensez à adresser à Verspieren les décomptes de l'organisme concerné.

Précisions importantes :

Certains soins nécessitent la transmission de justificatifs complémentaires à la télétransmission.

Merci de vous référer à la page « Quels sont les justificatifs à transmettre pour vous faire rembourser ».

Adoptez les bonnes pratiques pour prendre soin de votre santé !

Ne communiquez jamais le montant de vos garanties

Afin de ne pas offrir aux professionnels de santé l'opportunité d'ajuster leurs tarifs en fonction du niveau des garanties de votre contrat, ne leur transmettez pas les montants de vos garanties.

Utilisez le panier 100% Santé

Cela vous permettra de limiter vos dépenses en optique, dentaire et audioprothèse avec un reste à charge zéro.

Ayez le réflexe « médicaments génériques »

Les médicaments génériques sont vendus moins cher que les médicaments originaux et permettent de profiter de la prise en charge immédiate de votre dépense par la Sécurité sociale.

Informez-vous au préalable des dépassements d'honoraires pratiqués

Connectez-vous sur le site de l'Assurance maladie : www.annuaire.sante.ameli.fr pour en savoir plus.

Demandez plusieurs devis en cas de dépenses importantes (dents, lunettes, audioprothèses, etc.)

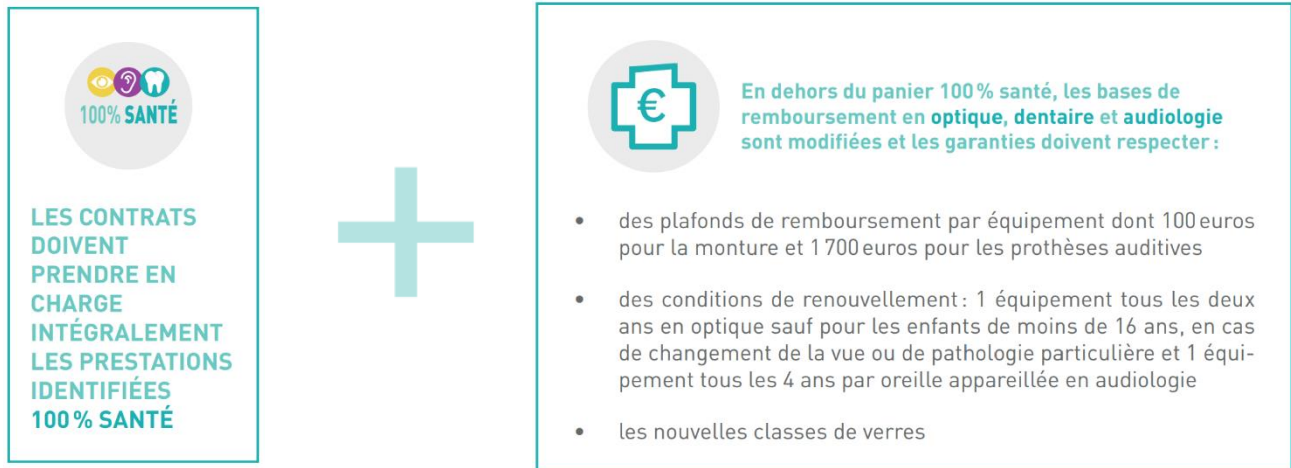
N'hésitez pas à comparer plusieurs devis auprès des professionnels de santé afin de limiter votre reste à charge.



Le 100% Santé

Pour garantir un meilleur accès aux soins, la réforme du 100% Santé a été initiée par le gouvernement.

Elle permet à tous l'accès à un ensemble de prestations, remboursées à 100 % en optique, dentaire et audiologie. Parallèlement, pour inciter les professionnels de santé à limiter les tarifs applicables sur ces différents postes, les remboursements des contrats d'assurance complémentaire en dehors de ce panier sont plafonnés.



QUELLES SONT LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE DANS LE CADRE DU 100% SANTÉ ?



CHEZ TOUS LES OPTICIENS :

- AU MINIMUM :**
- Sélection de 17 montures
Prix < 30€ en 2 coloris
- Verres amincis en fonction du défaut visuel
- Traitement anti-rayure et anti-reflet
- Un équipement tous les 2 ans sauf exceptions



CHEZ TOUS LES DENTISTES :

- Couronnes
Céramo-métalliques sur les dents visibles et couronnes métalliques toute localisation
- Inlays core et couronnes transitoires se rattachant aux couronnes 100% santé
- Bridges
Céramo-métalliques (incisives et canines), full zircon et métalliques toute localisation, et prothèses amovibles à base résine



CHEZ TOUS LES AUDIOPROTHÉSISTES :

- Appareil avec au moins 12 canaux de réglage pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif
- 30 jours d'essai avant achat et 4 ans de garanties
- Au moins 3 options à choisir (ex: système anti-acouphène, réducteur de bruit du vent, connectivité sans fil)
- Un équipement par oreille appareillée tous les 4 ans

Le maintien des garanties

La portabilité et le maintien des remboursements de votre contrat santé

Dans le cadre de la rupture de votre contrat de travail, vous pouvez conserver à titre gratuit votre couverture frais de santé pour une durée appréciée en fonction la durée de votre dernier contrat de travail sous réserve de justifier d'une indemnisation par Pôle emploi.

3 conditions :

- Le ou la salarié(e) ne doit pas avoir été licencié(e) pour faute lourde ou démission (sauf légitime).
- La rupture du contrat doit permettre au salarié(e) d'être indemnisé(e) par Pôle emploi.
- Le salarié(e) et ses bénéficiaires conservent la formule de garanties déjà souscrite pour le contrat frais de santé du salarié(e). Aucune possibilité pour lui de changer la formule choisie ni d'ajout de bénéficiaire.

Quelle est la durée de ma portabilité ?

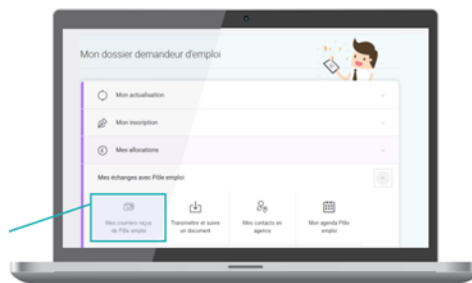
La durée de la portabilité est fonction de la durée de votre dernier contrat de travail :
chaque jour travaillé donne droit à la portabilité apprécié en mois entier et au maximum pour une durée de 12 mois sous condition de bénéficier de l'indemnisation Pôle Emploi.

Comment nous transmettre le justificatif ARE ?

Vous souhaitez bénéficier de la gestion de la portabilité avec Verspieren ?

Vous devez alors récupérer votre justificatif d'inscription à Pôle Emploi pour nous le transmettre.

- Connectez-vous au site Pôle Emploi
- Cliquez sur « Mes échanges avec Pôle Emploi » puis « Mes courriers reçus de Pôle Emploi ».



Téléchargez le justificatif ARE
(Ouverture de droits à l'allocation d'aide au retour à l'emploi)

Comment nous transmettre en toute sécurité vos justificatifs d'indemnisation Pôle Emploi ?

Vous devez nous envoyer chaque trimestre votre relevé de situation dans votre espace personnel : monespace.verspieren.com

- Connectez-vous au site Pôle Emploi
- Cliquez sur « Mes allocations » / « Attestation Pôle emploi » / « Attestation de paiement » (type : douze derniers mois)
- Enregistrez-la ensuite sur monespace.verspieren.com (rubrique Portabilité)



Téléchargez le relevé de situation reprenant le paiement mois par mois

⚠ (l'avis de situation ne sera pas acceptée)

À SAVOIR : Si vous n'êtes plus indemnisé(e) par Pôle emploi, vous devez nous en avertir et cesser d'utiliser votre carte de tiers-payant. Toute prestation induite (soins en-dehors de la période d'indemnisation Pôle emploi) fera l'objet d'une procédure de récupération des sommes versées.

Lexique

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

DPTM = dispositif pratique tarifaire maîtrisé.

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

HLF : Honoraire limite de facturation.

PLV (prix limite de vente) : le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale : somme forfaitaire sur laquelle sont assises certaines cotisations sociales ou prestations.

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

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

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

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

Comment contacter Verspieren ?

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

- Consulter **votre espace client Verspieren**, rubrique « Démarches » puis « Nous contacter » en vous connectant à :

➤ monespace.verspieren.com

- Contacter notre **service relations-assurés** :

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

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

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

- par e-mail : reclamationadp@verspieren.com ;

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



Verspieren, vocation client

