

GESTION DES CONTRATS FRAIS DE SANTÉ & DE PREVOYANCE

LA GESTION AU QUOTIDIEN DES REMBOURSEMENTS

LES PRISES EN CHARGE

En cas d'Hospitalisation de plus de 24 heures

Tél. : 03 28 32 82 00 - Fax : 03 28 32 82 01

Dans un établissement conventionné, à l'exception des frais consécutifs à la maternité, sur simple demande. Une prise en charge peut être délivrée le jour même par courrier ou fax à l'établissement hospitalier.

En cas de Maternité :

Le forfait Maternité est versé sur présentation d'un acte de naissance ou une copie du livret de famille.

L'hospitalisation consécutive à une maternité ne donne pas lieu à une prise en charge.

Si le contrat le prévoit, la chambre particulière et/ou les dépassements d'honoraires en cas de césarienne peuvent être remboursés sur présentation de la facture d'hospitalisation.

En cas de frais d'optique :

Fax : 03 28 32 82 01

Si le contrat le prévoit, une prise en charge optique peut être demandée par l'opticien.

Les remboursements sont effectués 48 heures après réception par virement bancaire ou par lettre chèque adressée au domicile de l'adhérent.

JUSTIFICATIFS A FOURNIR

- ▶ **Pharmacie et consultations** : reçu justifiant du paiement éventuel auprès du professionnel de santé de la part complémentaire (ticket modérateur)
- ▶ **Prothèses dentaires** : facture codifiée détaillant les travaux effectués par dent.
- ▶ **Optique** : facture détaillée et acquittée indiquant séparément le prix des verres et de la monture où la marque ainsi que le type pour les lentilles, accompagné de la prescription médicale.
- ▶ **Appareillage, prothèses non dentaires** : facture acquittée des frais engagés.
- ▶ **Cures thermales** : certificat de cure original ou, pour certains contrats, justificatif des frais réels.
- ▶ **Chirurgie** : facture acquittée des frais engagés ou facture de l'établissement hospitalier, mentionnant les sommes versées par la Sécurité Sociale ainsi que, le cas échéant, la codification de l'acte opératoire et le nombre de jours d'hospitalisation
- ▶ **Hospitalisation médicale et chirurgicale** : ticket modérateur comportant le pourcentage restant à la charge de l'assuré. En cas de dépassement d'honoraires, joindre également le bordereau AMC fourni par l'établissement hospitalier.
- ▶ **Séjour en sanatorium** : original de l'avis des sommes à payer.

Fournisseur référencé



INFORMATIONS PRATIQUES

LES SERVICES ASSOCIÉS À LA GESTION DES CONTRATS



Lors de son affiliation, chaque assuré bénéficie de services lui permettant :

- ▶ **d'éviter l'avance** financière sur certaines dépenses,
- ▶ **d'accélérer le délai** de ses remboursements sur les frais engagés,
- ▶ **d'accéder à une information** directe sur sa situation et celle des bénéficiaires,
- ▶ **de demander des devis** avant d'engager des dépenses d'optique ou dentaires.



LA CARTE DE TIERS PAYANT

Édition et consultation de la carte de tiers payant

Lors de son affiliation, chaque assuré bénéficie de Une attestation appelée « **Attestation de Tiers Payant** » est remise à chaque assuré afin qu'il puisse bénéficier sans autre formalité de sa part du Tiers Payant auprès des professionnels de santé :

- ▶ Pharmacies,
- ▶ Laboratoires d'analyses Médicales,
- ▶ Cabinets de radiologie,
- ▶ Transporteurs
- ▶ Soins Externes
- ▶ Auxiliaires médicaux.
- ▶ Centres de santé

Cette attestation peut être présentée auprès de centres hospitaliers lors de demande de prise en charge ainsi qu'auprès des centres optiques de leur choix.

LA TELETRANSMISSION

L'assuré envoie sa feuille de soins à son centre de Sécurité Sociale.

La caisse primaire (CPAM) envoie le remboursement à l'assuré et établit un décompte papier récapitulatif mensuel ou bimensuel.

Avec la télétransmission (Assurnet Santé), l'assuré n'a plus besoin d'attendre la réception de son décompte pour l'adresser ensuite par courrier ; le dé-compte est télétransmis automatiquement par la CPAM.

En résumé, la mise en place du système d'échanges de données informatiques (NOEMIE 1) avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'assuré lui procure :

- ▶ **Simplicité**
- ▶ **Rapidité de remboursement**

A noter : La fourniture de la copie de l'attestation de la carte vitale vaut accord de l'assuré sur la mise en place de la télétransmission. Le refus doit être exprimé par écrit (Loi du 06 janvier 1978 relative à l'informa-tique, aux fichiers et aux libertés).

LE SITE INTERNET

www.acs-assurances.com

La consultation du site permet à chaque assuré :

- ▶ **d'accéder en temps réel** aux remboursements effectués au cours des 3 derniers mois en faveur de l'assuré et des bénéficiaires qui lui sont rattachés,
- ▶ **de vérifier et de modifier** les éléments personnels concernant les assurés et les bénéficiaires,
- ▶ **de demander des prises en charge** hospitalières,
- ▶ **d'obtenir un certificat** d'adhésion,
- ▶ **de disposer du service de devis** pour les frais d'optique et dentaire,
- ▶ **de consulter la FAQ** (foire aux questions),
- ▶ **de dialoguer** avec le centre de gestion