



Hélium
Gestionnaire Santé et Prévoyance



Guide de l'assuré

SOMMAIRE

QUI SOMMES-NOUS ?

COMMENT NOUS CONTACTER ?

VOTRE ESPACE ASSURÉ

LA GESTION DE VOTRE CONTRAT

Votre adhésion

Attestation de tiers-payant

Tiers-payant généralisé

Télétransmission

Remboursement de vos soins

Prise en charge hospitalière

Devis optique, dentaire et audioprothèse

Justificatifs / remboursements

L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

Exclusions

Déclarer un changement de situation

Cessations des garanties / portabilité des droits

INFOS PRATIQUES

QUI SOMMES-NOUS ?



Hélium est une société française, basée à Reims, spécialisée dans la gestion de contrats **santé** et **prévoyance** pour le compte de courtiers et d'organismes assureurs.

Engagée dans une démarche de **confiance** auprès de ses nombreux clients et partenaires depuis de nombreuses années, Hélium place l'intérêt de ses clients au centre de ses préoccupations.

Certifiée **ISO 9001** depuis 2009, Hélium conjugue **qualité, progrès** et **innovation** en développant toujours plus de solutions humaines et techniques dans le cadre de la **gestion de contrats d'assurance**.

À travers son engagement dans la Responsabilité Sociale et Environnementale (RSE), Hélium continue d'apporter à ses clients des réponses adaptées aux évolutions sociétales et réglementaires.

La **démarche RSE** déployée, permet de proposer une **offre de qualité responsable**, tout en assurant la **performance** et la **stabilité** d'Hélium.

NOS VALEURS

Respect

Intégrité

Transparence

Rigueur

HÉLIUM, EN QUELQUES CHIFFRES

350 000

bénéficiaires

110

collaborateurs

91%

de satisfaction des assurés

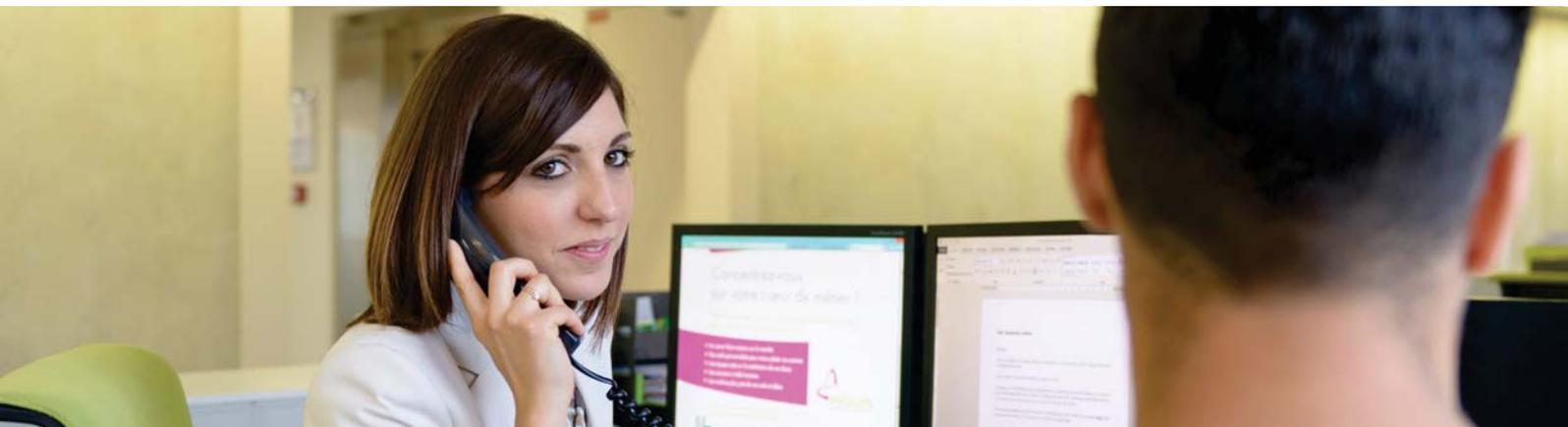
6 200

entreprises gérées

124 M€

prestations payées

COMMENT NOUS CONTACTER ?



VIA L'EXTRANET

Connectez-vous à <https://helium.gestion-sante.com> et rendez-vous sur la rubrique « **Nous contacter** » (retrouvez vos identifiants sur le courrier accompagnant votre attestation de tiers-payant).



PAR EMAIL

Chaque service dispose d'une adresse email dédiée :

adhesion@helium.fr (pour finaliser votre adhésion et mettre à jour les informations relatives à votre contrat : modification de vos coordonnées bancaires ou téléphoniques, changement de situation...).

teletransmission@helium.fr (pour vérifier si vous bénéficiez de la télétransmission).

hospitalisation@helium.fr (pour toute demande de prise en charge hospitalière).

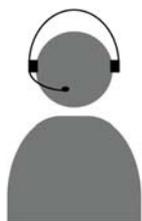
optique@helium.fr (pour toute demande relative aux soins optiques et transmission de devis optiques).

dentaire@helium.fr (pour toute demande relative aux soins dentaires et transmission de devis dentaires).

prestations@helium.fr (pour toute demande de remboursements et de renseignements concernant vos soins de radiologie, laboratoire, auxiliaires médicaux, médecines douces, pharmacie, consultations).



Pensez à nous renseigner aussi votre adresse email afin de faciliter nos échanges ! Vous avez la possibilité d'ajouter votre adresse email sur votre espace assuré.



PAR TÉLÉPHONE

Contactez le **03 26 61 24 61***.

Du lundi au jeudi de 8h00 à 12h30 et de 13h00 à 18h00.

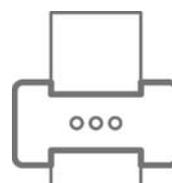
Le vendredi de 8h00 à 12h30 et de 13h00 à 17h00.

*Le prix de la communication peut varier selon l'opérateur.



PAR COURRIER

Adresse postale :
Hélium
4 rue Léon Patoux
CS 60007 - 51686 Reims Cedex 2



PAR FAX

03 26 61 24 62

VOTRE ESPACE ASSURÉ



LES SERVICES EN LIGNE

Hélium met à votre disposition un espace en ligne dédié et sécurisé, vous permettant, à tout moment, de **suivre vos remboursements, modifier vos coordonnées, éditer une attestation de tiers-payant, rechercher un professionnel de santé près de chez vous...**

Accéder à votre espace assuré

Connectez-vous à <https://helium.gestion-sante.com> avec vos codes d'accès transmis par Hélium (retrouvez vos identifiants de connexion sur le courrier accompagnant votre attestation de tiers-payant).



Les fonctionnalités

- **Consulter les remboursements réglés ou en attente pour vous et vos bénéficiaires**
- **Gérer votre profil**
Renseigner ou modifier votre adresse email, modifier vos coordonnées postales et téléphoniques, sélectionner les documents que vous souhaitez recevoir par email, recevoir votre avis d'échéance de prime par email (pour les assurés payant la cotisation directement à Hélium).
- **Gérer vos coordonnées bancaires**
Ajouter et/ou modifier vos coordonnées bancaires avec la possibilité d'ajouter les coordonnées de vos bénéficiaires.
- **Accéder à votre contrat**
Consulter vos garanties, visualiser la liste de vos bénéficiaires, vérifier, pour chacun d'entre eux l'état de la télétransmission.
- **Obtenir votre attestation de tiers-payant**
Demander un envoi par email ou par courrier, accéder à l'historique des attestations envoyées.
- **Demander une prise en charge hospitalière en ligne**
- **Nous transmettre des documents**
Nous faire parvenir en ligne : devis, factures et demandes de prises en charge ou tout autre document, via la rubrique « Nous contacter ».
- **Géolocaliser les professionnels de santé** dans le cadre du tiers-payant ou d'un réseau de soins si votre contrat le prévoit.
- **Accéder à une bibliothèque de documents**
Accéder à un ensemble de documents : guide pratique, fiches pratiques, devis vierges, résumé de garanties, FAQ...
- **Nous contacter**

Le petit + :
la gestion multi RIB !



LA GESTION DE VOTRE CONTRAT

VOTRE ADHÉSION



LE BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION (BIA) EN LIGNE

Simple et rapide, l’affiliation se fait désormais en quelques clics. Le délai de traitement des informations est réduit, l’outil est accessible sur ordinateur, tablette et smartphone, vous recevez votre attestation de tiers-payant sous 24h.

Le bulletin en ligne se remplit en 3 étapes :

ÉTAPE 1 - Se munir des documents suivants :

- Attestation de droits Sécurité sociale de chaque personne à assurer (afin de mettre en place la télétransmission).

Vous aurez besoin du numéro de votre organisme d’affiliation.

- Relevé d’identité bancaire (RIB).



ÉTAPE 2 - Compléter votre bulletin d’affiliation en ligne

Connectez-vous à l’espace réservé aux assurés, via l’adresse URL qui vous a été transmise par votre service RH, puis complétez le bulletin en ligne.



ATTESTATION DE TIERS-PAYANT



Le tiers-payant vous dispense de l'avance des frais dans la limite de vos garanties. Dans ce cadre, une attestation vous est délivrée chaque année pour une validité d'un an. Elle vous permet de ne plus avancer certains frais (pharmacie, laboratoire, radiologie, auxiliaires médicaux,...).

Sp santé
 N° AMC : 00401125
 Typ Conv : voir colonnes, CSR :
 N° adhérent : 0100000



ATTESTATION DE TIERS PAYANT
HELIUM
 4, Rue Leon Patoux - CS 60007 -
 51686 REIMS Cedex 2

Période de validité :
 01/01/2017 au 31/12/2017
DROITS EN LIGNE OUVERTS

Assuré principal AMC : LOLO LAURENT

N° Contrat : 9000000

Bénéficiaire(s) du tiers payant			Dépenses de santé concernées par le tiers payant											
Nom - Prénom	Date de Naissance - Rang	N° INSEE	Typ Conv	PHAR+ SP	MED+ SP	LABO+ SP	RADL+ SP	CSTE+ SP	AUXM+ SP	LPSP+ SP	OPTI SP	EXTE OC	HOSP OC	DIV OC
LOLO Laurent	03/04/1962	1	100000000000000000	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PEC	100%	PEC (1)	PEC (1)

- L'attestation de tiers-payant, **valable un an** (du 1^{er} janvier au 31 décembre), vous est **envoyée une fois par an**.
- Une attestation de tiers-payant est également transmise automatiquement au conjoint. Pour vos autres ayants droits (enfants par exemple), il suffit d'en faire la demande à l'adresse : helium@helium.fr.
- L'attestation de tiers-payant **peut vous être transmise par email** en choisissant ce mode de réception sur votre espace assuré. Elle est **également téléchargeable** via ce même espace en ligne. Si vous souhaitez la recevoir par courrier, il suffit d'en faire la demande par email à helium@helium.fr, en précisant votre nom et numéro d'assuré (ou, à défaut, votre numéro de Sécurité sociale).
- Cette attestation vous permet, sur simple présentation, de **bénéficier d'une dispense de l'avance des frais** sur la part prise en charge par l'Assurance maladie et la part prise en charge par la complémentaire santé.
- **Attention, certains professionnels de santé peuvent refuser de pratiquer le tiers-payant.**

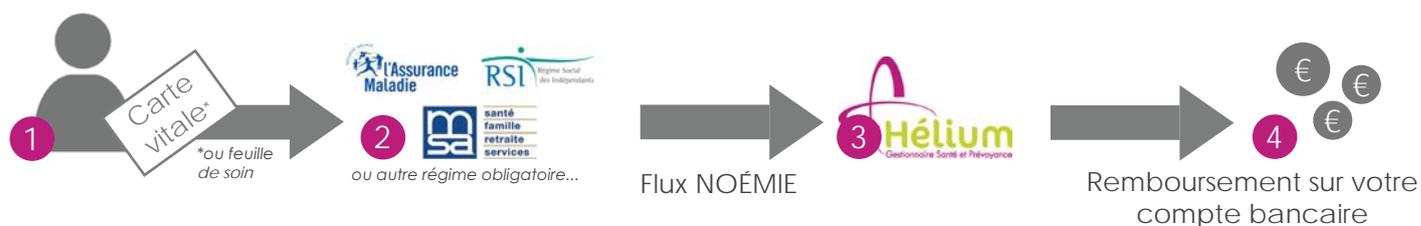
Le tiers-payant généralisé

Depuis le 1^{er} janvier 2017, le tiers-payant s'est généralisé à l'ensemble des professionnels de santé qui acceptent de le pratiquer. Votre attestation de tiers-payant Hélium vous permet d'en bénéficier. Sous réserve de l'accord du professionnel de santé, vous pouvez bénéficier d'une dispense d'avance d'une partie ou de la totalité des frais engagés.

TÉLÉTRANSMISSION



La télétransmission « NOÉMIE » vous permet de bénéficier de remboursements rapides en vous évitant de devoir transmettre vos décomptes à votre complémentaire santé.



Comment vérifier que la télétransmission est active ?

- Rendez-vous sur votre **espace assuré en ligne**, dans la rubrique « **Mes contrats** ». Pour chaque bénéficiaire, il est indiqué si la télétransmission est active ou non.
- Vous pouvez également obtenir un complément d'information via le site **www.ameli.fr** :
 - Connectez-vous à votre compte Ameli,
 - Rubrique « *Mes informations* »,
 - Cliquez sur « *Votre organisme complémentaire* ».

Si un **OUI** apparaît à côté du mot « **Télétransmission** », c'est qu'elle est active.

MA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	
Si vous constatez une erreur ou une omission dans la liste ci-dessous, veuillez prendre contact avec votre organisme complémentaire.	
BENOT 26/07/1983	
Votre organisme complémentaire	HÉLIUM
Télétransmission *	Oui

Que faire si la télétransmission n'est pas active ?

En cas de chevauchement de contrat, il convient de vous assurer de la déconnexion de votre ancien gestionnaire. Lorsqu'il s'agit d'un souci d'identification, il est nécessaire de nous fournir une attestation de droits actualisée.

En cas de télétransmission inactive, Hélium prend le soin de vous en informer et vous accompagne dans la résolution de ce problème.



Le fonctionnement de la télétransmission peut être perturbé si :

- vous déménagez et vous changez de caisse/centre de régime obligatoire,
- vos enfants sont inscrits sous votre numéro d'affiliation à l'Assurance maladie et aussi sous celui de votre conjoint,
- vous ou vos enfants changez de régime obligatoire.

REMBOURSEMENT DE VOS SOINS



Comment obtenir vos remboursements ?

- En cas de soins pris en charge par la Sécurité sociale :

Si vous bénéficiez de la télétransmission :

Vous n'avez aucune démarche à effectuer. À chaque soin réalisé, nous recevons automatiquement un décompte électronique de la part de votre régime obligatoire. Nous effectuons ensuite le virement sur votre compte bancaire.

i Dans certains cas, il est nécessaire de nous transmettre des pièces justificatives pour effectuer le remboursement. Nous vous informons alors par email et via votre espace personnel, qu'un document doit nous être transmis. Vous pouvez retrouver les cas, nécessitant un justificatif, ci-après.

Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission :

Vous devez nous transmettre, par courrier, votre dossier comportant les décomptes transmis par votre régime obligatoire (voir adresse dans la rubrique « Comment nous contacter ? », de ce guide).

- En cas de soins non pris en charge par la Sécurité sociale :

En cas de soin non pris en charge par la Sécurité sociale, il est nécessaire de nous transmettre les factures acquittées par email ou par courrier (voir adresses dans la rubrique « Comment nous contacter ? », de ce guide).

Comment me faire rembourser si je bénéficie d'une première complémentaire ?

Si vous disposez d'une première complémentaire santé, il est nécessaire de nous faire parvenir les décomptes de votre première complémentaire en cas de reste à charge.

INFORMATIONS DÉCOMPTES

Recevez vos décomptes par email après chaque soin réalisé, ou trimestriellement par courrier.

Pour recevoir vos décomptes par email, il suffit de vous connecter à votre espace assuré pour opter pour ce mode de réception. Vous pouvez également télécharger un duplicata au format PDF, via votre espace personnel.

Les règlements sont réalisés au fur et à mesure des demandes avec un seuil de déclenchement de 5€.

Les remboursements inférieurs sont mis en attente, dans un délai de 6 mois maximum.

PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE



En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, vous pouvez bénéficier d'une dispense d'avance de frais à hauteur des garanties de votre contrat. Avant toute demande de prise en charge, il est conseillé de nous transmettre votre devis.

Comment connaître le montant pris en charge ?

En cas de dépassement d'honoraires, nous vous préconisons de nous soumettre vos devis avant votre hospitalisation. Nous pourrions alors vous donner le montant pris en charge par votre complémentaire santé, sous 48h.

Pour obtenir un devis vierge pour une anesthésie ou une chirurgie, il suffit de vous rendre sur votre espace assuré dans la rubrique « Analyse de devis ».

Comment demander une prise en charge hospitalière ?

- VIA VOTRE ESPACE ASSURÉ

Une demande de prise en charge hospitalière peut être effectuée sur votre espace assuré, rubrique « **Demander une prise en charge hospitalière** ». Un formulaire en ligne est mis à votre disposition. Une fois la demande validée, cette dernière est directement adressée à l'établissement hospitalier sous un délai de 48h ouvrées.

- PAR EMAIL, COURRIER OU FAX

Vous pouvez aussi nous transmettre votre demande de prise en charge par email : hospitalisation@helium.fr ou par courrier et fax (se référer à nos coordonnées dans la rubrique « Comment nous contacter ? », du présent guide).

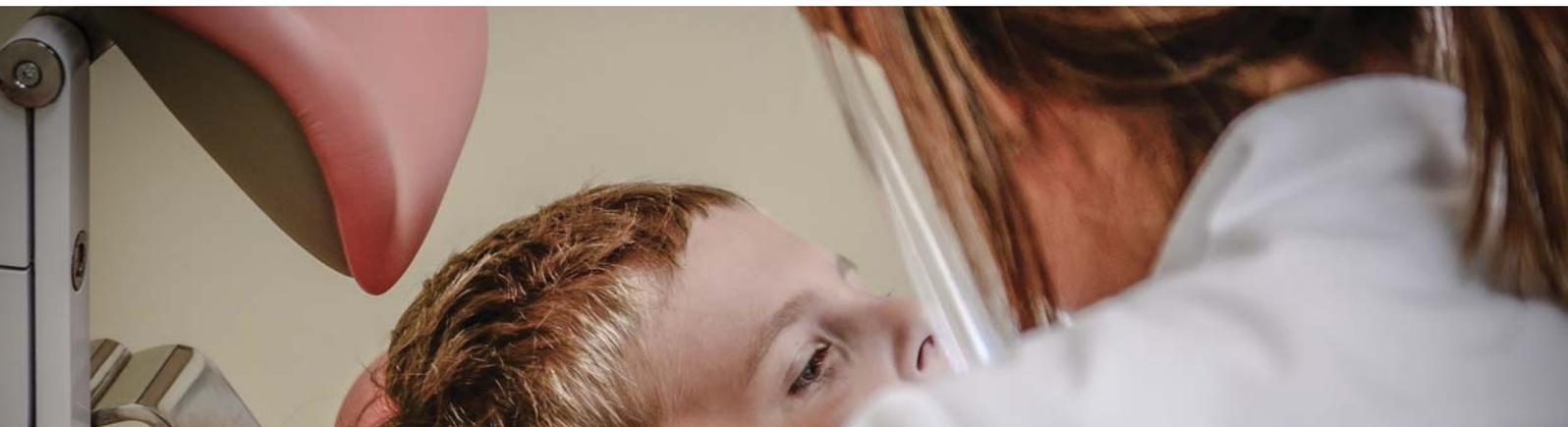
LE SAVIEZ-VOUS ?

Même en cas d'hospitalisation ambulatoire, nous vous préconisons de réaliser une demande de prise en charge.

Quelles sont les informations à communiquer ?

- Nom et prénom de l'assuré,
- Nom et prénom du bénéficiaire des soins,
- Numéro de Sécurité sociale du bénéficiaire des soins (à défaut de l'assuré),
- Date d'entrée et service concerné,
- Adresse, téléphone et numéro de fax de l'établissement hospitalier.

DEVIS OPTIQUE, DENTAIRE ET AUDIOPROTHÈSE



Le devis permet de calculer le montant restant à votre charge. Il permet aussi à Hélium de vous alerter en cas de tarif excessif pratiqué par les professionnels de santé.

Comment nous transmettre un devis ?

Lorsque le professionnel de santé vous établit un devis, il convient ensuite de nous l'adresser.

Pour nous transmettre vos devis, plusieurs solutions s'offrent à vous : envoi via votre **espace assuré**, rubrique « Nous contacter », envoi par **email**, par **courrier** ou par **fax**.

Comment obtenir un devis vierge ?

Des formulaires de devis optique, dentaire et audioprothèse sont à votre disposition sur votre espace assuré, dans la rubrique « **Analyse de devis** ».

Vous pouvez également les retrouver dans votre bibliothèque de documents.

Nos délais de traitement

- Les devis optiques sont traités sous un délai de 48h.
- Les devis dentaires et audioprothèses sont traités sous un délai de 5 jours maximum.



Si votre contrat bénéficie d'un réseau de soins (Itelis, Kalivia, Carte Blanche ou Santéclair), il convient de l'indiquer au professionnel de santé et de transmettre directement votre devis au réseau de soins concerné.

Retrouvez les coordonnées de votre réseau de soins, le cas échéant, en annexe de ce présent guide.

JUSTIFICATIFS / REMBOURSEMENTS

Dans certains cas, des justificatifs doivent nous être transmis pour procéder au remboursement de vos soins :

	Cas nécessitant la production de justificatifs	Justificatifs à nous fournir
Actes de kinésithérapie	Frais réels > base de remboursement de la Sécurité sociale	Photocopie de la feuille de soins du praticien indiquant la nature du dépassement (à notre demande).
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	Vous n'avez pas demandé de prise en charge	Facture originale détaillée de l'hôpital ou de la clinique (bordereau AMC destiné à l'organisme).
Dépassements d'honoraires	À envoyer systématiquement	Facture acquittée et décompte de la Sécurité sociale si vous n'avez pas la télétransmission.
Optique	Verres et montures	Facture détaillée de l'opticien précisant : la correction, le prix des verres, le prix des montures et l'ordonnance (à notre demande).
	Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	Copie de la prescription et facture détaillée.
	Lentilles non acceptées par la Sécurité Sociale	Copie de la prescription avec la mention « hors LPP* » et facture détaillée.
Lentilles jetables non acceptées par la Sécurité Sociale	Copie de la prescription datant de moins de 12 mois pour la 1 ^{ère} prescription et 24 mois pour les renouvellements avec la mention « hors LPP* » et facture détaillée.	
Soins et prothèses dentaires	À envoyer systématiquement	Note d'honoraires ou facture détaillée par acte.
Appareillage		Facture des frais engagés.
Frais de maternité / adoption		Extrait d'acte de naissance en indiquant le numéro de Sécurité sociale de rattachement de l'enfant (père ou mère).
Cure thermale		Volet de remboursement de la CPAM, factures et attestation de présence de l'établissement thermal.

*LPP : Liste des Produits et Prestations remboursables, mise en place par l'Assurance maladie.

Simplification des démarches !

Adressez vos justificatifs (ordonnances, factures, bordereaux de Sécurité sociale...) par email en les prenant simplement en photo !

Si vous optez pour une copie, conservez vos originaux pendant deux ans.



OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE



Depuis le 1^{er} janvier 2017 l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens), a remplacé le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Qu'est-ce que l'OPTAM ?

Signée le 25 août 2016 par 3 syndicats de médecins, la nouvelle convention médicale, organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, a été approuvée par décret du 20 octobre. Elle est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017 et vient remplacer le CAS.

Dans le cadre des contrats responsables, les consultations et les actes médicaux sujets à des dépassements d'honoraires sont mieux remboursés si le médecin est adhérent à l'OPTAM. Étant mieux encadrés, les dépassements d'honoraires sont ainsi plus raisonnables.

Désormais, les médecins s'organisent en deux catégories : les médecins conventionnés et les médecins non conventionnés.

Les **médecins conventionnés** (qui relèvent de la convention médicale) :

- Secteur 1 n'ayant pas souscrit à l'OPTAM : honoraires sans dépassement
- Secteur 1 ou 2 souscrivant à l'OPTAM : honoraires avec dépassements maîtrisés
- Secteur 2 n'ayant pas souscrit à l'OPTAM : honoraires avec dépassements non maîtrisés

Les **médecins non conventionnés** :

- Honoraires libres : un médecin non conventionné fixe ses propres tarifs.

L'OPTAM inscrit ses objectifs dans la lignée du CAS. Le but de cette mise en place est d'améliorer les résultats du CAS et de faire adhérer au mouvement, un maximum de praticiens.

Quels sont les objectifs du dispositif ?

- Favoriser l'accès aux soins,
- Limiter les dépassements d'honoraires,
- Permettre aux assurés d'être mieux remboursés par la Sécurité sociale et leur complémentaire santé,
- Réduire le reste à charge des assurés.



Attention, il convient de vérifier si votre contrat prévoit des garanties différentes dans le cadre de l'OPTAM (anciennement CAS), ou non.

OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE



Exemples concrets

Le montant pris en charge par la complémentaire santé dépend du choix de l'assuré de consulter, ou non, un médecin adhérent à l'OPTAM (anciennement CAS), et du montant de la garantie de son contrat.

Exemple pour une consultation chez un spécialiste :

Dans cet exemple, le contrat prévoit une garantie maximale de 150% de la BR pour les médecins adhérents à l'OPTAM et 130% pour les non adhérents.

Consultation chez un spécialiste du secteur 2*	Prestations <i>(en complément des prestations de la Sécurité Sociale)</i>	
	Le médecin est adhérent à l'OPTAM	Le médecin n'est pas adhérent à l'OPTAM
Garantie (en complément de la Sécurité Sociale)	150% BR*	130% BR*
Base de remboursement de la Sécurité Sociale	30€ <i>Montant en vigueur au 1^{er} juillet 2017.</i>	23€
Taux de remboursement de la Sécurité Sociale	70%	70%
Remboursement de la Sécurité Sociale	20€ (21 - 1€**)	15,10€ (16,10€ - 1€**)
Remboursement complémentaire maximum	45€	29,90€
Remboursement total maximum (Sécurité sociale + mutuelle)	65€	45€

La complémentaire santé prévoit une garantie **inférieure** en hors OPTAM.

Le régime obligatoire prévoit une Base de Remboursement **inférieure** en hors OPTAM.

Le remboursement effectué est **inférieur** en hors OPTAM.

Le remboursement total maximum est **inférieur** en hors OPTAM.

Cet exemple tient compte des montants en vigueur au 1^{er} juillet 2017. Avant cette date, la Base de Remboursement pour les médecins adhérents à l'OPTAM était de 28€ et non de 30€.

Exemple pour une hospitalisation :

Dans cet exemple, le contrat prévoit une garantie maximale de 100% de la BR en hors OPTAM et 100% des frais réels en OPTAM.

	Frais réels	Base de Remboursement	Remboursement Sécurité sociale	Remboursement Hélium	Reste à charge
Adhérent OPTAM	2986,49€	486,49€	486,49€	2500€	0€
Non adhérent OPTAM	2986,49€	486,49€	486,49€	486,49€	2013,51€

Consulter un médecin adhérent à l'OPTAM réduit par défaut le montant de votre reste à charge. Toutefois, ces simulations sont annoncées à titre d'exemples, nous vous invitons à vous référer à vos garanties en annexe de ce guide.

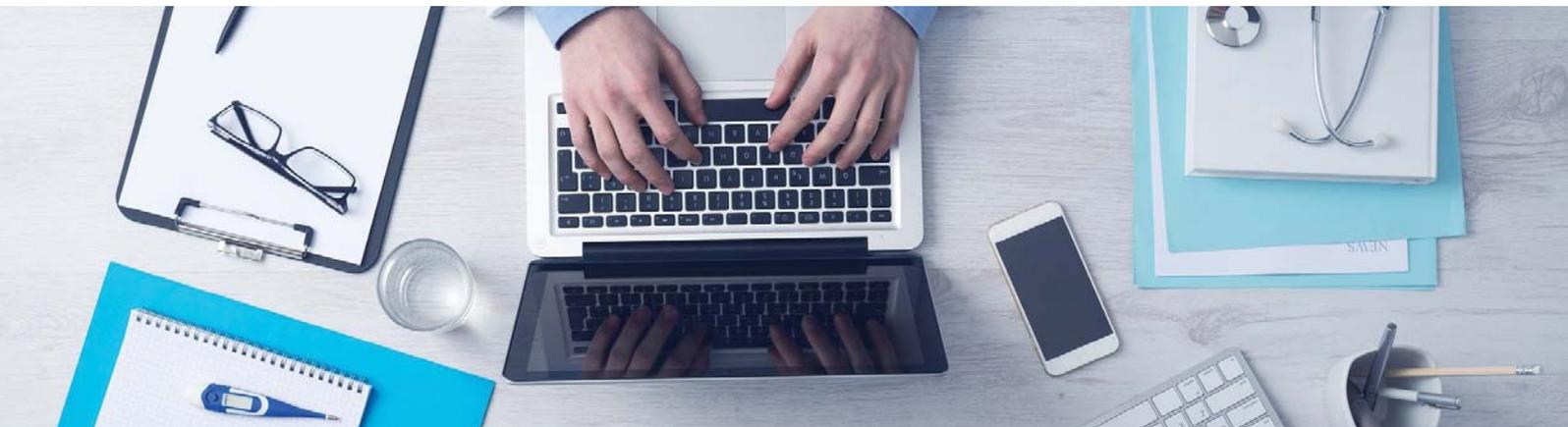
LÉGENDE

*Les tarifs pratiqués par les médecins exerçant en secteur 2, sont libres et fixés par le médecin lui-même, avec, selon les exigences de la caisse d'Assurance maladie, tact et mesure.

BR = Base de Remboursement

**Les 1€ correspondent à la participation forfaitaire demandée à l'assuré si celui-ci est âgé de 18 ans ou plus. Cette participation s'applique pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE



Comment savoir si son médecin est adhérent ?

- Se renseigner directement auprès de son médecin.
- Se rendre sur l'annuaire d'Améli : <http://annuaire.sante.ameli.fr/> puis saisir les coordonnées du médecin pour vérifier s'il est adhérent ou non.

Je recherche :

- Un professionnel de santé
Un médecin, un chirurgien-dentiste, une infirmière...
- Un établissement de soins
Un hôpital, une clinique, un centre de santé...

Je renseigne au moins 1 des 3 critères ci-dessous :

- Nom**
Ex.: Durrant, Jean Dupont
- Profession**
Saisissez la profession ou sélectionnez-la dans la liste
Ex.: Ophtalmologiste
> Liste des professions
- Acte**
Saisissez l'acte ou sélectionnez-le dans la liste
Ex.: chirurgie de la cataracte
> Liste des actes

Où ?
à proximité de
Ex.: Rue des Acacias, 13700, Paris, 95, 971, Bretagne

Rechercher

Indiquer le nom ou la profession et la ville d'exercice.

Cette mention apparaît lorsque le médecin est adhérent au CAS (devenu OPTAM).

Trié par	Distance
HONORAIRES AVEC DEPASSEMENTS MAITRISÉS (CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS)	113 m
HONORAIRES AVEC DEPASSEMENTS MAITRISÉS (CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS)	170 m

EXCLUSIONS GÉNÉRALES



Selon la législation en vigueur, les actes ci-dessous ne pourront pas être pris en charge :

- Les **dossiers présentés plus de 2 ans après** la date des soins.
- Les **actes médicaux effectués en dehors de la période de couverture** (la date retenue est celle prise en compte par votre régime obligatoire, ou à défaut, la date de facturation).
- La **participation forfaitaire de 1€**. Elle s'applique à tout assuré ou bénéficiaire de plus de 18 ans (hors CMU) et concerne les actes de biologie/radiologie ainsi que les consultations et les visites des médecins spécialisés et généralistes.
- Les **actes effectués en dehors du parcours de soins** :
 - La majoration du ticket modérateur,
 - Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques dans les limites prévues par la législation.
- Les **franchises médicales**. Depuis le 1^{er} janvier 2008, une franchise est appliquée sur les boîtes de médicaments et les actes paramédicaux (0,50 €), ainsi que sur les transports sanitaires (2 €). Elle est plafonnée à 50 € par an.
- Les **actes opposables** (sans dépassement autorisé), dans le domaine du dentaire. Aucun remboursement des dépassements d'honoraires sur les actes dentaires à tarif opposable, dans le cas où le chirurgien-dentiste ne bénéficierait pas d'une autorisation permanente accordée par la Sécurité sociale, de pratiquer les dépassements d'honoraires.

DÉCLARER UN CHANGEMENT DE SITUATION



Pour tout changement de situation, selon sa nature, il convient de le déclarer soit à Hélium, soit directement aux équipes RH de votre entreprise.

DÉCLARER UN CHANGEMENT VIA L'ESPACE ASSURÉ

Pour tout changement relatif à :

- Votre adresse,
- Votre email,
- Vos coordonnées téléphoniques,
- Vos coordonnées bancaires.

Se connecter à l'espace assuré : <https://helium.gestion-sante.com>

DÉCLARER UN CHANGEMENT VIA VOTRE EMPLOYEUR

Vous devez informer votre employeur uniquement des changements impactant le montant des cotisations que vous payez :

- Changement de situation familiale, ajout d'un bénéficiaire, d'un conjoint à charge, enfant scolarisé (si le montant de la cotisation payée par votre employeur évolue),
- Changement du niveau de garanties (si votre contrat le prévoit).

DÉCLARER UN CHANGEMENT PAR EMAIL OU PAR COURRIER

Vous pouvez également nous informer de tous changements qui n'impactent pas les cotisations que vous payez :

- Par email à adhesion@helium.fr
- Par courrier : **Hélium - 4 rue Léon Patoux - CS 60007 - 51686 Cedex 2**

PORTABILITÉ DES DROITS



L'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 a instauré un maintien des couvertures « prévoyance et/ou santé » au profit des salariés dont le contrat de travail a été rompu et qui bénéficient d'une indemnisation au titre de l'assurance chômage du fait de cette rupture.

Dans quels cas les garanties cessent ?

L'assuré cesse de bénéficier des garanties dans les cas suivants :

- Rupture du contrat de travail,
- Attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail),
- Résiliation du contrat.

En cas de départ de la société, il convient de nous retourner votre attestation de tiers-payant. Par la suite, nous vous ferons parvenir un certificat de radiation.

Dans quels cas bénéficier d'une portabilité des droits ?

- Le contrat de travail doit être rompu à l'initiative de l'employeur,
- La rupture du contrat de travail doit donner droit à l'assurance chômage.

Comment la portabilité des droits se met-elle en place ?

Pour mettre en place une portabilité des droits, c'est à votre employeur de nous informer du bénéfice de cette portabilité. Selon les informations transmises par ce dernier, vous pourrez alors bénéficier de la portabilité des droits, en fonction de votre situation et pour une durée maximale de 12 mois.



La portabilité des droits ne s'applique que pendant la période de chômage. L'assuré perd donc le droit au maintien des garanties lorsqu'il retrouve un emploi, s'il se retrouve radié des listes de Pôle Emploi ou s'il manque à son obligation de fournir des justificatifs (attestation mensuelle de paiement des allocations chômage).

N.B : les ayants droit de l'ex-salarié (conjoint, enfants, ascendants à charge au sens fiscal, etc.), précédemment garantis bénéficient également de la portabilité des droits.

INFOS PRATIQUES



LE P'TIT GLOSSAIRE

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) : cette base correspond aux tarifs fixés par la Sécurité sociale et sur lesquels celle-ci calcule son remboursement.

DÉLAI DE CARENCE : période décrite par le contrat d'assurance pendant laquelle tout ou partie des garanties ne peut pas donner lieu à remboursement.

DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES : les professionnels de santé conventionnés peuvent, dans certaines conditions, facturer des dépassements d'honoraires c'est à dire pratiquer un prix supérieur à la base de remboursement de la Sécurité sociale. Il peut être pris en charge par votre complémentaire santé entièrement ou en partie selon les garanties souscrites.

FRAIS RÉELS : somme engagée par un assuré ou son ayant droit pour ses dépenses de santé.

MÉDECIN CONVENTIONNÉ DE SECTEUR 1 : médecin qui respecte les tarifs fixés par les pouvoirs publics.

MÉDECIN CONVENTIONNÉ DE SECTEUR 2 : médecin qui fixe librement ses honoraires en dépassant les tarifs de la Sécurité sociale.

NOÉMIE : norme d'échange informatique utilisée pour la télétransmission des données informatiques (notamment des remboursements) entre le centre de Sécurité sociale d'un assuré et son organisme d'assurance complémentaire santé. Cela évite à l'assuré de nous transmettre les décomptes de remboursements.

RÉGIME OBLIGATOIRE : il s'agit du régime de Sécurité sociale auquel tout salarié est obligatoirement affilié. La nature du régime peut varier en fonction du lieu de résidence de l'assuré (ex : régime Alsace Moselle) ou de la profession exercée par l'assuré (ex : les salariés du secteur privé sont rattachés au Régime Général).

RESTE À CHARGE : part non remboursée par la Sécurité sociale et restant à la charge de l'assuré social. La complémentaire santé couvre tout ou partie de ce reste à charge.

TICKET MODÉRATEUR : il s'agit de la différence entre la base de remboursement et le remboursement de la Sécurité Sociale qui reste à charge de l'assuré.

TIERS-PAYANT : système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais de santé dont la prise en charge est normalement assurée par la Sécurité sociale et/ou la complémentaire santé.

INFOS PRATIQUES



MATERNITÉ

Pour déclarer une naissance (ou adoption), il convient de nous adresser :

- un acte de naissance (ou adoption plénière),
- l'attestation de la Sécurité Sociale sur laquelle l'enfant sera déclaré,
- un courrier par lequel vous indiquez vouloir ajouter votre enfant sur votre contrat.

Attention : si votre cotisation est calculée en fonction de votre situation familiale, ces documents doivent être remis à votre employeur qui nous le fera parvenir (cf. page « Déclarer un changement de situation »).

PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE (PUMa)

Ce dispositif concerne toutes les personnes (quelle que soit leur nationalité) qui travaillent ou résident en France de manière stable. Elle garantit une prise en charge continue des frais de santé par l'Assurance maladie.

CERTIFICAT D'AFFILIATION OU DE RADIATION

Pour obtenir un certificat d'affiliation ou de radiation, il vous suffit de nous en faire la demande à adhesion@helium.fr.

CHANGEMENT D'ÉTAT CIVIL

Pour un changement d'état civil, il convient de nous adresser un certificat de mariage ou une copie du livret de famille.

CONJOINT DISPOSANT DE SA PROPRE MUTUELLE

Si votre conjoint ou concubin bénéficie d'un contrat de complémentaire santé obligatoire par son entreprise, il doit faire jouer sa mutuelle en premier. Il peut ensuite compléter ses remboursements par les garanties de votre contrat, si vous le déclarez comme bénéficiaire. Dans ce cas, vos deux mutuelles se complètent mais cela devient effectif, seulement si les deux conjoints sont inscrits auprès des deux mutuelles.

ENFANTS SCOLARISÉS

Pour déclarer vos enfants scolarisés comme bénéficiaires, il convient de nous adresser un certificat de scolarité valable pour l'année scolaire en cours. Une fois par an, nous vous solliciterons pour l'envoi de ce justificatif. Si ce justificatif ne nous est pas transmis, l'affiliation de l'enfant prendra fin au 31 décembre de l'année civile en cours.

INFOS PRATIQUES



DURÉE DE VALIDITÉ DES ORDONNANCES

- **Prescription de médicaments** : 3 mois pour la première délivrance. Une fois ce délai dépassé, le pharmacien ne pourra plus vous délivrer les médicaments prescrits.

- **Optique** : la durée de validité d'une ordonnance pour des lunettes varie selon l'âge de l'assuré. 1 an pour les moins de 16 ans, 5 ans pour les personnes âgées de 16 à 42 ans et 3 ans pour les plus de 42 ans. Pour des lentilles de contact, la durée varie également selon l'âge : elle est d'1 an pour les moins de 16 ans et de 3 ans pour les personnes de plus de 16 ans.

- **Audioprothèses** : pas de délai mais l'usage est habituellement d'un an. Si vous tardez pour vous faire appareiller, c'est au professionnel d'apprécier si la prescription est encore adaptée.

- **Podologue** : 1 an à compter de la prescription du médecin (semelles orthopédiques ou soins pédicures pour diabétique) mais l'ordonnance doit être présentée dans les 6 mois.

- **Kiné, examens biologique, radiologie** : 1 an à compter de la prescription. Si vous tardez trop pour actionner les soins, c'est au professionnel d'apprécier s'ils sont encore justifiés. La Sécurité sociale peut déclencher une enquête si elle juge la prescription trop ancienne.

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Retrouvez l'annuaire des coordonnées des professionnels de santé proches de chez vous sur le site :

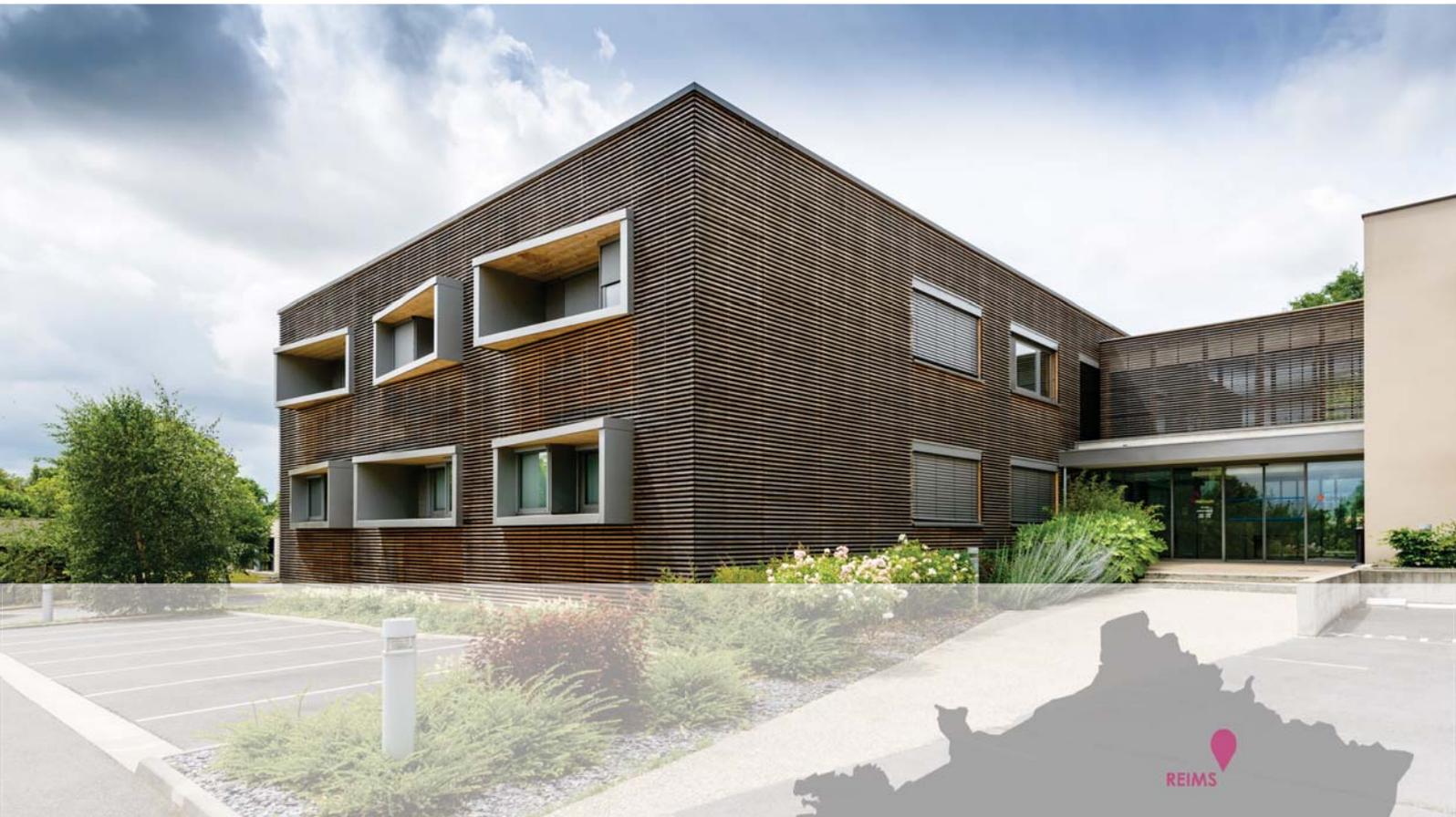
www.ameli.fr. Cet annuaire précise pour chaque médecin, son secteur d'appartenance : lorsque le médecin est en honoraires libres (secteur 2), vous pouvez obtenir soit le tarif pratiqué le plus fréquemment, soit une fourchette de tarifs. Vous pouvez aussi vous connecter à votre espace assuré pour géolocaliser les professionnels près de chez vous, qui pratiquent le tiers-payant.

REMBOURSEMENTS

Désormais, il est possible de nous transmettre par email les justificatifs (ordonnances, factures, ...) photographiés ou photocopiés, ainsi que la copie de vos décomptes de remboursements de votre régime obligatoire (nous réclamerons l'original du document dans le cas où nous avons identifié la présence d'un autre contrat surcomplémentaire).

SOINS ADMINISTRÉS À L'ÉTRANGER

Pour les soins pratiqués à l'étranger, le remboursement sera effectué sur la base des tarifs pratiqués en France, si prise en charge du régime obligatoire français.



www.helium.fr

Hélium S.A.S. au capital de 500 000 € - RCS Reims 513 263 111 – APE 6622Z – TVA Intra-Communautaire N°FR 93 513 263 111
N° ORIAS 09 050 797 consultable à l'adresse www.orias.fr - Siège social : 4 rue Léon Patoux – CS 60007 - 51686 Reims Cedex 2
Courtier d'assurance ou de réassurance (COA) - Sous le contrôle de l'ACPR – Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 61 Rue de
Taitbout 75439 Paris Cedex 09 - Service réclamation : qualite@helium.fr

Ce document n'a qu'une valeur indicative et informative, et non contractuelle.

