

# VOTRE GUIDE PRATIQUE

DOCUMENT À CONSERVER



 **ASSURANCE SANTÉ  
COLLECTIVE DE  
LA BANQUE POSTALE**



ASSURANCE  
SANTÉ

---

# SOMMAIRE

- p 3** L'Assurance Santé Collective de La Banque Postale
- p 4** Des Renforts facultatifs pour compléter les remboursements du contrat obligatoire
- p 6** Les bénéficiaires de votre contrat
- p 8** En pratique
- p 16** Les services « plus » de votre complémentaire santé
- p 17** Vos informations pratiques au quotidien
- p 18** Un contrat « responsable » et « solidaire »

## UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ POUR TOUS LES SALARIÉS

Conformément à la législation en vigueur<sup>(1)</sup>, votre employeur a souscrit pour tous ses salariés une complémentaire santé. Vous bénéficiez de ce fait d'un régime collectif frais de santé obligatoire pour couvrir vos dépenses de santé.

Vous pouvez, à titre individuel, pour une couverture au plus près de vos besoins, compléter ces garanties par des Renforts<sup>(2)</sup>.

Vous trouverez dans ce guide l'ensemble des informations relatives à vos garanties frais de santé et à vos services, ainsi qu'un mode d'emploi pratique pour vous aider dans les formalités d'adhésion et tout au long de la vie de votre contrat santé.



### BON À SAVOIR

#### Les avantages d'un contrat collectif

La mise en place d'un contrat collectif obligatoire par un employeur pour ses salariés offre de multiples avantages :

- les cotisations sont en partie prises en charge par l'entreprise,
- vos cotisations sont déductibles de votre revenu imposable<sup>(3)</sup>,
- vous adhérez sans questionnaire de santé ni limite d'âge,
- vous êtes couvert immédiatement, sans délai d'attente.

(1) La transposition de l'ANI (Accord National Interprofessionnel) du 11 janvier 2013 dans la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi prévoit la généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés du secteur au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Chaque employeur est donc dans l'obligation légale de mettre en place un contrat frais de santé collectif obligatoire au bénéfice de ses salariés.

(2) L'adhésion par les salariés aux Renforts et à l'Extension Famille n'est possible que si au préalable l'entreprise y a souscrit au profit de ses salariés.

(3) Dans les limites fixées par les Pouvoirs Publics et selon la législation en vigueur.

# L'ASSURANCE SANTÉ COLLECTIVE DE LA BANQUE POSTALE

## LES 3 NIVEAUX DE LA COUVERTURE SANTÉ

1<sup>er</sup> niveau  
OBLIGATOIRE

### SÉCURITÉ SOCIALE

Régime Obligatoire qui fournit une couverture de base.

2<sup>ème</sup> niveau  
OBLIGATOIRE

### CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE D'ENTREPRISE

Les garanties doivent respecter un minimum fixé par la loi. Le contrat collectif obligatoire complète les remboursements du Régime Obligatoire.

3<sup>ème</sup> niveau  
FACULTATIF

### RENFORTS FACULTATIFS INDIVIDUELS

Renforcement des remboursements sur les postes de dépenses. Les Renforts complètent les remboursements du contrat collectif obligatoire d'entreprise.

### LES DÉPENSES DE SANTÉ

- Médicaments
- Consultation d'un professionnel de santé
- Hospitalisation
- Soins dentaires
- Frais d'optique
- Appareillage
- ...

## L'OFFRE DE LA BANQUE POSTALE ASSURANCE SANTÉ

- Le **contrat collectif obligatoire d'entreprise** (2<sup>ème</sup> niveau obligatoire) est souscrit par votre employeur qui choisit la Formule la mieux adaptée à l'entreprise.
- En souscrivant également les **Renforts** (3<sup>ème</sup> niveau optionnel), il vous offre la possibilité de compléter, si vous le souhaitez, les garanties du contrat obligatoire en fonction de votre situation et de vos besoins.
- Vous avez à votre disposition des services vous permettant une meilleure maîtrise des restes à charge<sup>(4)</sup> : accès à des réseaux de professionnels de santé partenaires, analyse de devis, Tiers Payant...
- Vous bénéficiez de prestations d'assistance<sup>(4)</sup> en cas de maladie, d'hospitalisation ou d'accident.
- L'Assurance Santé Collective de La Banque Postale est un contrat « **solidaire** » et « **responsable** ».

(4) Dans les limites et conditions prévues à la Notice d'Information du contrat.

# DES RENFORTS FACULTATIFS POUR COMPLÉTER LES REMBOURSEMENTS DU CONTRAT OBLIGATOIRE

Les Renforts sont des garanties qui complètent les remboursements de votre contrat collectif obligatoire.

## POURQUOI COMPLÉTER VOTRE CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE ?

Le coût de la santé ne cesse d'augmenter et les dépenses supportées par les patients (le reste à charge) sont de plus en plus importantes.

Les remboursements de la Sécurité sociale sont souvent insuffisants et ceux de la complémentaire santé collective obligatoire ne permettent pas toujours de rembourser l'intégralité des frais engagés.

Aussi, il peut être nécessaire de compléter votre contrat collectif obligatoire par un **Renfort**<sup>(5)</sup>, qui s'adapte à vos besoins en frais de santé, pour être au plus près de votre dépense réelle et réduire votre reste à charge.

## LES RENFORTS EN PRATIQUE

Exemple sur la base de la Formule 2 pour un adulte de plus de 18 ans (au 1<sup>er</sup> Janvier 2015)

Vous avez consulté un spécialiste<sup>(6)</sup> et dépensé 45

Consultation

**45 €**

La Sécurité sociale rembourse 70 % de la Base de Remboursement (BR) qui est de 23

Remboursement

Sécurité sociale

**Total du remboursement Sécurité sociale = 15,10 €**

**15,10 €**

(70 % de 23 moins 1 de participation forfaitaire)

La Formule 2 prend en charge le Ticket Modérateur (TM) soit 6,90

Remboursement

Formule 2

**Total du remboursement de la Formule : 6,90 €**

**6,90 €**

**Votre reste à charge est donc dans ce cas de 23 €**

Si vous avez souscrit le Renfort de la Formule 2, vous obtenez

Remboursement

Renfort Formule 2

**un remboursement supplémentaire de 20,70 €**

**20,70 €**

**Votre reste à charge est donc réduit à 2,30 €**

(5) L'adhésion par les salariés aux Renforts et à l'Extension Famille n'est possible que si au préalable l'entreprise y a souscrit au profit de ses salariés.

(6) Un médecin spécialiste adhère au Contrat d'Accès aux Soins et dans le respect du parcours de soins coordonnés.

## À QUI S'ADRESSENT LES RENFORTS FACULTATIFS ?

Tout salarié couvert par une Formule du contrat collectif obligatoire d'entreprise peut avoir besoin d'améliorer et de personnaliser la prise en charge de ses frais de santé. Les **Renforts**<sup>(5)</sup> sont alors la solution adaptée. Si jusqu'à présent, vous étiez assuré à titre individuel, la totalité de la cotisation était à votre charge. Désormais, votre employeur finance une partie de votre complémentaire d'entreprise (Formule) vous permettant d'allouer un budget pour améliorer, par un Renfort, votre couverture santé.

## LES AVANTAGES DES RENFORTS FACULTATIFS

- Vous choisissez le **Renfort adapté** à vos besoins et vous composez une couverture santé qui vous ressemble, en fonction de votre budget et de votre situation familiale.
- Pas de formalités médicales ni de délai d'attente si vous adhérez en même temps au contrat collectif obligatoire d'entreprise (Formule) et au Renfort.

## FORMULE OBLIGATOIRE + RENFORT OPTIONNEL = DES GARANTIES SANTÉ AU PLUS PRÈS DE VOS BESOINS

- Nous gérons votre contrat collectif obligatoire d'entreprise et de ce fait, nous vous proposons des Renforts qui complètent au plus près vos garanties existantes en fonction de vos besoins.
- Vous disposez d'un **numéro de téléphone dédié** pour poser toutes vos questions et vous aider à choisir votre Renfort.
- Vous accédez à un **Espace Client unique** réunissant complémentaires obligatoire et facultative et visualisez vos remboursements.
- Vous recevez vos **remboursements en une seule fois**. Pas d'envoi de document supplémentaire, la gestion est fluide et les prestations sont calculées conjointement pour les complémentaires obligatoire et facultative.

### INFO+

#### Des complémentaires obligatoire et facultative

conçues pour fonctionner ensemble afin de :

- **diminuer au maximum votre reste à charge,**
- **vous simplifier la vie** : pas de document supplémentaire à envoyer pour obtenir vos remboursements.



## LES BÉNÉFICIAIRES DE VOTRE CONTRAT

Vous bénéficiez d'une complémentaire santé collective obligatoire souscrite auprès de La Banque Postale Assurance Santé.

Son coût est partagé entre votre employeur et vous-même.



### QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE VOTRE CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE ?


Les bénéficiaires varient en fonction de l'option choisie par votre entreprise lors de la souscription du contrat et de votre situation familiale.

#### **CAS N°1 : VOTRE ENTREPRISE A CHOISI LA STRUCTURE « ASSURÉ SEUL »**

Vous êtes le seul bénéficiaire du contrat collectif obligatoire de votre entreprise. Votre famille n'est pas couverte par ce contrat.

## INFO+

Pour connaître l'option de structure de cotisation choisie, reportez-vous au Bulletin Individuel d'Affiliation qui vous a été remis avec ce guide ou, le cas échéant, contactez le responsable RH ou le dirigeant de votre entreprise.



## CAS N°2 : VOTRE ENTREPRISE A CHOISI LA STRUCTURE « FAMILLE AU SENS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE » OU « ASSURÉ SEUL/FAMILLE AU SENS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE »

Vous bénéficiez du contrat collectif obligatoire. Sont également couverts en fonction de votre situation familiale<sup>(7)</sup> :

- **votre conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale** (si celui-ci dépend de votre numéro de Sécurité sociale)<sup>(7)</sup> : votre conjoint étant votre époux(se), à défaut, la personne à laquelle vous êtes lié par un pacte civil de solidarité (PACS), à défaut, votre concubin célibataire, divorcé ou veuf, s'il réside sous le même toit,
- **vos enfants à charge** ou ceux de votre conjoint, selon les conditions définies dans la Notice d'Information,
- **vos ascendants** considérés comme ayants droit par la Sécurité sociale, ou ceux de votre conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale.

### INFO+

Dans le cadre d'un contrat « Famille au sens de la Sécurité sociale », le montant des cotisations est identique quelle que soit la situation familiale de l'assuré.

Dans le cadre d'un contrat « Assuré seul/Famille au sens de la Sécurité sociale », il existe deux montants de cotisations appliqués en fonction de la situation familiale réelle de l'assuré : isolé (sans ayant droit) ou famille.

### L'OPTION « EXTENSION FAMILLE »

Vous pouvez décider de souscrire cette option dans les cas suivants<sup>(5)</sup> :

- Si votre entreprise a choisi la structure de cotisations « Assuré seul », l'option Extension Famille vous permet de couvrir votre conjoint (au sens ou non de la Sécurité sociale et non couvert par ailleurs) et/ou vos enfants.
- Si votre entreprise a choisi la structure de cotisations « Assuré seul/Famille au sens de la Sécurité sociale » ou « Famille au sens de la Sécurité sociale », l'option Extension Famille vous permet d'assurer votre conjoint ayant son propre numéro de Sécurité sociale et non couvert par ailleurs.

### INFO+

L'option Extension Famille s'applique à la fois au contrat collectif obligatoire d'entreprise (Formule) et au Renfort.

(7) Selon les définitions et dans les limites et conditions prévues à la Notice d'Information du contrat.

## EN PRATIQUE

### COMMENT CONSTRUIRE VOTRE COUVERTURE SANTÉ ?

#### VOTRE EMPLOYEUR A CHOISI :

- **Une Formule pour le contrat collectif obligatoire.**
- **Les bénéficiaires possibles.**

Votre employeur a peut-être également souscrit les options Extension Famille et Renforts (si votre employeur n'a souscrit que la Formule obligatoire, vous ne pouvez pas adhérer à ces options facultatives).

#### VOUS SOUHAITEZ COMPLÉTER CETTE COUVERTURE COLLECTIVE OBLIGATOIRE :

- **Pour améliorer la prise en charge des dépenses de santé** (reportez-vous au détail des garanties pour choisir le Renfort le mieux adapté à votre situation), choisissez :

**Formule obligatoire**



**Renfort facultatif**

- **Pour protéger des membres de votre famille**, choisissez :

**Formule obligatoire**



**Extension Famille facultative**

**Vous pouvez construire votre couverture santé et celle de votre famille en adhérant aux 2 options.**

## INFO+

Les bénéficiaires des contrats obligatoire et facultatif sont identiques.

Par exemple :

- si votre employeur a choisi la structure de cotisations « Famille au sens de la Sécurité sociale » et que vous adhérez à un Renfort, vous-même et votre famille au sens de la Sécurité sociale serez couverts par ces 2 contrats,
- si votre employeur a choisi la structure de cotisations « Assuré seul », et que vous adhérez à l'option « Extension Famille » pour vos enfants et votre conjoint, ils seront couverts dans le cadre de la Formule obligatoire mais aussi du Renfort si vous choisissez d'y adhérer.



## COMMENT SONT FINANCÉES LES COTISATIONS DES CONTRATS SANTÉ ?

### Les cotisations du contrat collectif obligatoire (Formule) :

- votre employeur prend en charge une partie de la cotisation,
- le solde est prélevé directement sur votre salaire et apparaîtra sur votre bulletin de paie. Cette partie est déduite de votre revenu imposable, dans les limites fixées par les Pouvoirs Publics<sup>(8)</sup>.

### INFO+

Rapprochez-vous de votre employeur pour connaître la part qu'il prend en charge.

### Les cotisations des contrats individuels facultatifs (Renfort et/ou Extension Famille) :

- les cotisations sont entièrement à votre charge (y compris l'option Extension Famille portant sur la Formule du contrat obligatoire d'entreprise),
- elles seront prélevées mensuellement par La Banque Postale Assurance Santé sur le compte bancaire que vous nous communiquerez.

### INFO+

Le montant des cotisations est indiqué sur vos Bulletins Individuels d’Affiliation et d’Adhésion. Il est exprimé en % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS). Ce plafond est fixé chaque année par les Pouvoirs Publics ; il est de 3 170 pour 2015.

Pour connaître le montant du PMSS, consultez le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)<sup>(9)</sup>.

(8) Selon les textes en vigueur.

(9) Coût de connexion selon le fournisseur d'accès.

## COMMENT ADHÉRER ?

**Constituez votre dossier d'adhésion et remettez-le à votre service RH ou à votre chef d'entreprise.**

### VOTRE CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE

Votre entreprise a souscrit pour tous ses salariés une Formule du contrat collectif obligatoire d'entreprise auprès de La Banque Postale Assurance Santé. Le contrat d'assurance a été signé par votre entreprise et il ne vous reste plus qu'à compléter, signer et transmettre à votre employeur le « Bulletin Individuel d'Affiliation » en joignant les documents suivants :

- photocopie de votre attestation de droits à l'Assurance Maladie à jour,
- relevé d'identité bancaire du compte sur lequel seront versés les remboursements,
- toutes pièces justificatives, nécessaires à l'affiliation de vos ayants droit (si le contrat d'entreprise prévoit d'assurer ces derniers), indiquées sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

## INFO+

**Mise en place de la télétransmission NOEMIE avec votre centre de Sécurité sociale.**

Grâce à ce dispositif, vous êtes dispensé d'envoyer le décompte de la Sécurité sociale à La Banque Postale Assurance Santé. Vos remboursements se font automatiquement, sans aucune démarche à faire auprès de votre centre de Sécurité sociale.

## VOS OPTIONS FACULTATIVES

Si vous souhaitez compléter votre couverture santé collective (Formule) par des garanties plus adaptées à vos besoins, ou assurer d'autres bénéficiaires, rien de plus simple, vous disposez d'un « Bulletin Individuel d'Adhésion ». Si vous avez déjà fait votre choix, il ne vous reste qu'à le compléter et à le joindre à votre « Bulletin Individuel d'Affiliation » au contrat obligatoire, accompagné du mandat de prélèvement SEPA et des autres pièces demandées.

## INFO+

En retournant simultanément les 2 Bulletins Individuels d'Affiliation et d'Adhésion, vous ne fournissez qu'une seule fois les pièces justificatives.

Après enregistrement de vos contrats, vous recevrez à votre domicile votre carte de Tiers Payant Viamedis.

## QUE FAIRE SI VOUS AVEZ UNE ASSURANCE SANTÉ INDIVIDUELLE ?

Vous devez résilier votre contrat d'assurance santé individuel en adressant à votre assureur ou mutuelle un courrier recommandé avec AR, sur le modèle ci-dessous :

« Je soussigné(e) *Nom Prénom*, demeurant *adresse*

Demande la résiliation de mon contrat d'assurance santé *Nom et numéro du contrat*

Motif : *adhésion au contrat collectif obligatoire souscrit par mon entreprise*

Fait à *ville*, le *date*, Signature »

**Vous avez une question, vous avez besoin d'être conseillé sur le choix de votre Renfort ou vous souhaitez plus d'informations ?**

Nos conseillers sont à votre écoute au :

**0 820 318 080**

Service 0,12 € / min  
+ prix appel

du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00 et le samedi de 10h00 à 17h00 (hors jours fériés).

## INFO+

Vérifiez dans les documents contractuels de votre assurance santé individuelle ou auprès de votre assureur, s'il vous est possible de résilier votre contrat à tout moment en cas de mise en place d'un contrat collectif obligatoire ou si vous devez attendre l'échéance annuelle.

## QUELS SONT LES DOCUMENTS À ENVOYER POUR ÊTRE REMBOURSÉ DANS LES MEILLEURS DÉLAIS ?

- **Lors du règlement de vos soins, présentez systématiquement votre carte Vitale si vous souhaitez être remboursé plus rapidement.**

Dans ce cas, votre Caisse d'Assurance Maladie vous remboursera directement sans que vous ayez besoin de lui envoyer les feuilles de soins, et nous transmettra les informations de manière à effectuer le versement de la part complémentaire.

Il est possible que certaines pièces supplémentaires soient nécessaires pour le remboursement de la part complémentaire.

Envoyez dans ce cas ces documents dans les meilleurs délais à l'adresse suivante :

La Banque Postale Assurance Santé - TSA 10245 -  
78281 Saint Quentin en Yvelines Cedex.

- **Si le professionnel de santé n'accepte pas la carte Vitale**

Envoyez les feuilles de soins à votre Caisse d'Assurance Maladie qui transmettra à son tour les informations à La Banque Postale Assurance Santé. Lorsque le remboursement de la part Sécurité sociale sera effectué, faites-nous parvenir le cas échéant rapidement les justificatifs nécessaires.

- **Pour les soins non pris en charge par la Sécurité sociale**

Au regard de votre contrat, certains soins non remboursés par la Sécurité sociale peuvent néanmoins être pris en charge par l'Assurance Santé Collective de La Banque Postale (reportez-vous à votre notice de garanties pour plus de détails). Dans ce cas, faites-nous parvenir directement les documents nécessaires.

## COMMENT SUIVRE VOS REMBOURSEMENTS ?

- Vous recevez un décompte de vos remboursements.
- Vous pouvez également les consulter sur votre Espace Client.

## COMMENT FONCTIONNE LE TIERS PAYANT ?

Sur présentation de votre carte de Tiers Payant et de votre carte Vitale, vous n'avez rien à régler chez les professionnels de santé qui pratiquent le Tiers Payant complémentaire (pharmaciens, opticiens, ...) dans la limite de vos garanties.

Votre carte de Tiers Payant vous est envoyée par courrier après votre adhésion. Par la suite, elle vous sera adressée par courrier à partir du 20 décembre de chaque année.

## COMMENT CONNAÎTRE MON RESTE À CHARGE AVANT D'ENGAGER UNE DÉPENSE ?

Le service d'analyse des devis vous permet d'évaluer votre reste à charge avant d'engager des frais importants en optique, en dentaire et en cas d'hospitalisation.

## QU'EST-CE QUE LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS ?

Ce sont les étapes du parcours de soins que vous devez respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et personnalisé, et être remboursé normalement.

- **Vous respectez le parcours de soins** quand vous consultez le médecin traitant que vous avez déclaré à la Sécurité sociale, son remplaçant, ou un médecin spécialisé sur orientation de votre médecin traitant. Un accès direct, sans passer par le médecin traitant, est autorisé pour le chirurgien-dentiste, le gynécologue, le stomatologue, l'ophtalmologiste, toutes les spécialités pour les moins de 16 ans et le psychiatre ou neuropsychiatre uniquement pour les personnes de 16 à 25 ans.
- **Vous êtes hors parcours de soins** quand vous n'avez pas déclaré de médecin traitant, ou que vous consultez un autre médecin sans son intermédiaire. Dans ces cas-là, vous serez moins remboursé par la Sécurité sociale. Des exceptions peuvent être appliquées, notamment en cas d'urgence ou d'éloignement géographique.

## DEMANDER L'AJOUT OU LA SUPPRESSION D'UN ASSURÉ, COMMENT PROCÉDER ?

- Vous vous mariez, pacsez ou vivez en concubinage.
- Vous divorcez ou vous vous séparez.
- Vous venez d'avoir un enfant ou venez d'en adopter un.

Informez-nous de ce changement qui nous permettra de prendre en compte votre nouvelle situation. Pensez à le signaler à votre employeur pour prise en compte sur votre contrat collectif obligatoire d'entreprise.

## INFO+

- **Si vous avez des enfants de plus de 20 ans**, pensez à nous fournir les justificatifs de leur scolarité et/ou leur affiliation au régime de Sécurité sociale des étudiants **avant le 31 octobre de chaque année**, afin de nous permettre de prolonger leurs droits sur l'année suivante.
- **Vous avez un troisième enfant, sachez que La Banque Postale Assurance Santé assure gratuitement vos enfants à partir du 3<sup>ème</sup>.**

## SI VOS INFORMATIONS PERSONNELLES CHANGENT AU COURS DE VOTRE CONTRAT, QUE FAIRE ?

Vous pouvez mettre à jour vos informations personnelles en nous les communiquant par téléphone, par écrit ou en vous connectant à votre Espace Client.

- **Votre adresse électronique a changé**  
N'hésitez pas à nous informer de ce changement qui nous permettra de communiquer efficacement avec vous.
- **Vous changez d'établissement bancaire**  
Pensez à nous signaler vos changements de coordonnées bancaires afin que nous puissions vous rembourser dans les meilleurs délais sur votre nouveau compte.
- **Vous avez déménagé**  
Il est indispensable que vous nous communiquiez votre nouvelle adresse postale afin que nous puissions vous envoyer les courriers nécessaires au suivi de votre contrat ainsi que votre carte de Tiers Payant.

## VOUS QUITTEZ L'ENTREPRISE, QUE DEVIENT VOTRE COUVERTURE SANTÉ ?

- En cas de rupture de votre contrat de travail, vous pouvez continuer à bénéficier de votre couverture santé.

Dans le cadre de l'ANI (Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013) et si vous êtes indemnisé par l'Assurance chômage (et en dehors du cas de licenciement pour faute lourde), vous pouvez bénéficier, à compter de la rupture de votre contrat de travail, du maintien de vos garanties santé sans contrepartie financière, selon la durée de votre contrat de travail (au minimum 1 mois et dans la limite de 12 mois).

Au-delà des 12 mois, La Banque Postale Assurance Santé peut vous proposer à titre individuel et à votre charge une complémentaire santé adaptée à votre besoin.

**Pour cela, contactez-nous au 03 28 53 20 18<sup>(10)</sup>.**

### INFO+

Votre employeur doit vous remettre un bulletin de demande de maintien des garanties et indiquer le maintien de votre couverture santé sur votre certificat de travail.

- En cas de démission ou fin de contrat de travail, sans nouvelle couverture par un contrat collectif obligatoire ou en cas de départ à la retraite, La Banque Postale Assurance Santé peut vous proposer à titre individuel et à votre charge une complémentaire santé adaptée à vos besoins.

**Pour cela, contactez-nous au 03 28 53 20 18<sup>(10)</sup>.**

(10) Coût de communication selon l'opérateur.



# LES SERVICES « PLUS » DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

## VOTRE ESPACE CLIENT SALARIÉ

Parce que nous souhaitons vous apporter une vision claire de votre protection santé, nous avons créé pour nos assurés, un espace personnalisé accessible sur <http://salarie.assurcoll-lbpas.fr><sup>(11)</sup>

- **Un compte personnalisé** pour retrouver toutes les informations sur votre contrat et modifier aisément vos coordonnées.
- **La consultation** en ligne des décomptes et la possibilité de télécharger une attestation de Tiers Payant.
- **L'analyse des devis en optique, dentaire et en cas d'hospitalisation** avant d'engager des frais importants, permettant de vérifier la ou les propositions des praticiens consultés et de connaître le montant des frais susceptibles de rester à votre charge. Une réponse est donnée dans les 48 heures après réception de la demande (hors week-end et jours fériés).
- **Un service de géolocalisation** permettant de trouver le ou les praticiens partenaires de La Banque Postale Assurance Santé les plus proches et qui garantissent le meilleur service au meilleur prix (enseigne, horaires d'ouverture, services proposés, ...).
- **Les coordonnées** permettant de contacter un Conseiller qui pourra répondre à toutes vos questions.

(11) Coût de connexion selon le fournisseur d'accès. Consultable sur iPhone, iPad et Smartphones Android.





## VOS INFORMATIONS PRATIQUES AU QUOTIDIEN



### **VOUS OU L'UN DE VOS AYANTS DROIT DOIT ÊTRE HOSPITALISÉ ?**

Votre carte de Tiers Payant vaut accord de prise en charge auprès de la très grande majorité des établissements conventionnés par la Sécurité sociale. Il vous suffit de la présenter lors de la constitution de votre dossier d'admission.

En cas de difficultés, prenez contact avec votre Service Relation Clients La Banque Postale Assurance Santé qui adressera un accord de prise en charge spécifique.



### **ASSISTANCE**

#### **Une maladie, une hospitalisation imprévue ou un accident ?**

En fonction de votre situation, vous pouvez bénéficier d'une intervention 24h/24, 7j/7<sup>(12)</sup> : aide-ménagère, garde des enfants, conduite à l'école, soutien scolaire à domicile, prise en charge des ascendants, garde des animaux domestiques, livraison des médicaments, renseignements médicaux et administratifs, présence d'un proche au chevet, ...

Les prestations d'assistance proposées dans le cadre de l'Assurance Santé Collective de La Banque Postale sont assurées par Auxia Assistance.

**Contactez le 09 86 86 30 12<sup>(10)</sup> et mentionnez le code 450 50 50**



### **LES SERVICES D'ORIENTATION POUR LIMITER LE RESTE À CHARGE**

#### **Géolocalisation des professionnels de santé partenaires**

#### **LE RÉSEAU KALIVIA OPTIQUE**

4 600 opticiens partenaires<sup>(13)</sup> sélectionnés sur la base de critères de qualité exigeants et de réductions tarifaires attractives.

Des opticiens, dont les grandes enseignes nationales, répartis sur l'ensemble du territoire qui vous proposent des réductions tarifaires sur toutes les gammes de verres et lentilles de dernière génération disponibles sur le marché.

(12) Dans les limites et conditions prévues à la Notice d'Information du contrat.

(13) Source Kalivia.

- **Des prix négociés**

Sur présentation de la carte de Tiers Payant, des tarifs sur les verres inférieurs de 30 à 40 % en moyenne à ceux habituellement constatés sur le marché, 15 % au minimum sur les montures<sup>(14)</sup> et une dispense totale d'avance de frais.

- **La qualité**

Des garanties et services haut de gamme<sup>(15)</sup> :

- entretien : nettoyage, réglages, petites réparations, ...
- casse : remplacement de l'équipement pendant un an,
- remplacement : en cas d'inadaptation ou d'inconfort aux verres progressifs et lentilles, ou en cas de détérioration des lentilles de contact. Des contrôles réguliers de l'évolution de la vision.

### **LE RÉSEAU KALIVIA AUDIO**

Les 2 000 audioprothésistes partenaires<sup>(13)</sup> sélectionnés pour la qualité de leur pratique professionnelle et leur engagement tarifaire vous proposent :

- un dépistage gratuit sans obligation d'achat,
- des conseils pour le choix des équipements,
- un suivi personnalisé et régulier.

**Pour trouver les partenaires du réseau Kalivia les plus proches de chez vous, connectez-vous à votre Espace Client Salarié.**



## UN CONTRAT « RESPONSABLE » ET « SOLIDAIRE »




### **VOTRE CONTRAT EST DIT « RESPONSABLE » ET « SOLIDAIRE », QU'EST-CE QUE CELA SIGNIFIE ?**

L'Assurance Santé Collective de La Banque Postale s'inscrit dans le cadre du contrat « responsable » et « solidaire » tel que défini par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et ses décrets d'application.

Ce contrat est dit « responsable » car il prend en charge les prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant et à certaines prescriptions.

(14) Source Kalivia. Montures : hormis sur certaines montures de marques non soumises à réduction.

(15) Voir le détail des conditions de la Charte Qualité des opticiens agréés La Banque Postale Assurance Santé (accessible depuis votre Espace Client sur Internet).



En revanche, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, les garanties de ce contrat ne peuvent prendre en charge :

- la participation forfaitaire et la franchise annuelle mentionnées respectivement aux II et III de l'article 22-2 du Code de la Sécurité sociale,
- les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :
  - la majoration du Ticket Modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale,
  - les dépassements d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévu à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale,
- tout autre acte, prestation majoration, franchise ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

**La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2014 prévoit des évolutions à ce cahier des charges, précisées par décret publié au Journal Officiel le 19 novembre 2014, pour une prise d'effet au 1<sup>er</sup> avril 2015.**

Elle fixe les grands principes en instaurant des niveaux plancher de prise en charge ainsi que des plafonds pour éviter que les professionnels de santé (médecins, opticiens...) n'augmentent trop leurs tarifs.

- De nouvelles obligations de prise en charge :
  - l'intégralité de la participation de l'assuré (Ticket Modérateur), sauf pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible (15 %) ou modéré (30 %), ainsi que pour l'homéopathie,
  - l'intégralité du forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée).
- La définition de planchers et de plafonds de remboursements concernant :
  - les dépassements d'honoraires (consultations et actes techniques) des médecins. Une distinction est opérée entre les médecins ayant souscrit un Contrat d'Accès aux Soins (CAS<sup>(16)</sup>) et les autres,
  - les dépenses d'optique médicale : ces plafonds et planchers diffèrent, selon le niveau de correction,
  - quel que soit le niveau de correction, le remboursement des montures est désormais plafonné à 150 €.
- Un encadrement en fréquence :
  - la prise en charge en optique est limitée à un équipement tous les deux ans sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, cas pour lesquels un équipement peut être remboursé tous les ans.

Ce contrat est dit « solidaire » car il ne fixe pas la cotisation en fonction de l'état de santé des assurés et ne recueille aucune information médicale.

(16) Le contrat d'accès aux soins (CAS) est un contrat proposé aux médecins de secteur 2 (et à certains médecins de secteur 1) les incitant à geler leurs honoraires en contrepartie d'avantages sociaux et d'une base de remboursement supérieure (les médecins de secteur 2 signant le CAS se voient appliquer la Base de Remboursement des médecins de secteur 1).

## POUR TOUTE INFORMATION SUR VOTRE COUVERTURE SANTÉ



Consultez  
votre Espace Client Salarié  
<http://salarie.assurcoll-lbpas.fr>  
(coût de connexion selon le fournisseur d'accès)



Appelez le :  
**0 810 902 426** Service 0,06 € / min  
+ prix appel  
du lundi au vendredi  
de 8h30 à 18h30  
(hors jours fériés)



Écrivez-nous à  
**La Banque Postale Assurance Santé**  
TSA 10245  
78281 ST QUENTIN EN YVELINES CEDEX

LA BANQUE POSTALE ASSURANCE SANTÉ - Entreprise régie par le Code des assurances. Société Anonyme au capital social de 3 336 000 €. Siège social : 115, rue de Sèvres 75275 Paris Cedex 06. RCS Paris 440 165 041. Code APE 6512Z.

AUXIA ASSISTANCE - Entreprise régie par le Code des assurances. Société Anonyme au capital entièrement libéré de 1 780 000 €. Siège social : 21, rue Laffitte 75009 Paris. RCS Paris 351 733 761.

KALIVIA - Société par Actions Simplifiée au capital de 5 000 000 €. Siège social : 122, rue de Javel 75015 Paris. RCS Paris 509 626 552.

LA BANQUE POSTALE - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 4 046 407 595 €. Siège social et adresse postale : 115, rue de Sèvres 75275 Paris Cedex 06. RCS Paris 421 100 645. Code APE 6419Z. Intermédiaire d'assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 023 424.

