

LIVRET FRAIS DE SANTÉ ADREXO DISTRIBUTEURS NON CADRE

Bienvenue au sein de JDG ASSURANCES !

Découvrez votre couverture santé entreprise. Vous pouvez également consulter vos garanties en ligne ou via votre application mobile JDG ASSURANCES ou vous rapprocher de votre service RH.

MON AFFILIATION / INSCRIPTION

Le + simple : Internet.

Mon employeur a déclaré mon arrivée à JDG ASSURANCES. À partir du mail que j'ai reçu, je complète mon dossier, télécharge mes documents, crée mon compte et reçois ma carte de tiers payant en quelques clics.

 + rapide

1  **Connectez-vous**

> jdg.assurances.fr, cliquez sur Espace assuré, entrez votre n°adhérent.

 + simple

2  **Identifiez-vous**

> Votre n° de Sécurité sociale + clé, date de naissance et code postal.

 + sécurisé

3  **Votre N° de téléphone**

> Pour une communication + facile.

 + éco-responsable

4  **/alidez votre compte**

> Renseignez votre adresse e-mail et créez votre mot de passe.

 + proche

Ou par courrier : j'envoie un bulletin papier, transmis par mon employeur, complété et accompagné des justificatifs.

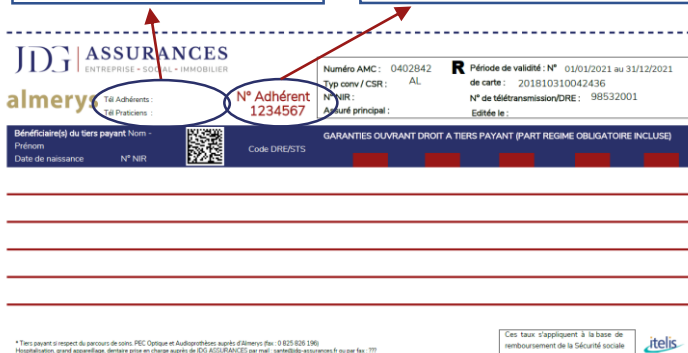
MA CARTE DE TIERS PAYANT



24 h après validation de mon dossier d'affiliation complet, je dispose de ma carte de tiers payant sur mon application mobile JDG ASSURANCES sur mon espace web. Quelques jours plus tard, je la retrouverai dans ma boîte aux lettres.

Numéros de téléphone utiles

Mon numéro d'adhérent personnel, à utiliser pour tout échange avec JDG ASSURANCES



* Tiers payant si respect du parcours de soins. PEC Optique et Audioprothèses auprès d'élèves (fin: 01/03/2016)
Hospitalisation, grand équipement, dentaire prise en charge auprès de JDG ASSURANCES par mail: service@assurances.fr ou par fax: 077

Ces taux s'appliquent à la base de remboursement de la Sécurité sociale



Elle me permet de ne plus avancer tout ou partie des frais pour certains actes, dans les limites de mon contrat si je la présente aux professionnels de santé (pharmacie, radiologue...) qui l'acceptent avec ma carte Vitale.

La liste des professionnels de santé est consultable sur mon espace assuré.

MES OPTIONS ET MA FAMILLE

À partir de mon espace, je peux améliorer mes garanties et/ou couvrir ma famille en souscrivant une option. Je serai prélevé chaque mois du montant de cotisation supplémentaire sur mon compte bancaire.



MA TÉLÉTRANSMISSION NOÉMIE

+ facile + rapide

J'active la **télétransmission NOÉMIE** et à chaque fois que je présente ma carte Vitale à un professionnel de santé, JDG ASSURANCES en est informé et me rembourse.

Web : J'active ce service dans la rubrique « Mon compte »

Si je n'active pas NOÉMIE, je dois envoyer tous mes décomptes ameli à JDG ASSURANCES pour être remboursé.

COMMENT LIMITER LE RESTE À CHARGE ?

Grâce au réseau de soins !

- Le Tiers payant garanti
- Des tarifs préférentiels
- + de **8000** professionnels de la santé
- Des garanties et des services exclusifs



Grâce à un praticien OPTAM/OPTAM-CO !

Je choisis de consulter un médecin généraliste ou spécialiste dit OPTAM ou OPTAM CO qui s'est engagé à maîtriser ses honoraires en échange d'avantages sociaux. En cas de dépassement d'honoraires, je suis mieux remboursé.

Pour savoir si un praticien est OPTAM/OPTAM CO, je consulte le site annuaire.sante.ameli.fr.

Grâce au 100% Santé !

Je choisis dans le panier « 100% santé » des prestations et équipements sélectionnés qui sont intégralement pris en charge par la Sécurité sociale et ma complémentaire santé sur les postes optique, dentaire et audiologie.

OPTIQUE



DENTAIRE



**PROTHÈSES
AUDITIVES**



Vous pouvez demander deux devis : un devis « 100% santé » et un devis hors « 100% santé ».

COMPRENDRE MES REMBOURSEMENTS

Vous trouverez dans ce document un résumé de vos garanties ainsi que de nombreux exemples de remboursements qui fonctionnent selon le schéma suivant :

Dépense : Consultation médecin généraliste = **25,00€**



Remboursement ASSURANCE MALADIE

Garanties : 70% BRSS*

Montant remboursé : **16,50€ (17,50€ - 1€ forfaitaire)**

*BRSS base de remboursement Sécurité sociale : 25,00€



Remboursement JDG ASSURANCES

Ticket modérateur (TM) : **7,50€**

Les éventuels dépassements d'honoraires sont remboursés en fonction des garanties prévues dans mon contrat.



Reste à charge :

Il ne reste qu' **1€ forfaitaire** prévu par la loi

N'oubliez pas d'informer JDG ASSURANCES de tous les changements relatifs à votre situation familiale et administrative (mariage, naissance, déménagement, changement de caisse de Sécurité sociale, changement de coordonnées bancaires...).

ENVOYER MON DOSSIER



Grâce à mon application mobile JDG ASSURANCES et à mon espace web, j'envoie mes décomptes et mes factures détaillées et acquittées en quelques clics à partir d'un scan ou d'une photo. **Passé un délai de 24 mois (date de soins) mon dossier sera refusé.**

RÈGLEMENT ET DÉCOMPTE

À réception de chaque dossier complet, JDG ASSURANCES procède au règlement par virement :



- Je veux réduire mon impact environnemental : **1 remboursement = 1 e-mail = 1 décompte** dans mon espace assuré (Je coche « alerte emails et abonnements » dans mon compte),
- Je préfère le courrier : 1 décompte papier tous les 90 jours.



Tous les courriers sont numérisés et arrivent, comme les e-mails, dans l'outil de gestion électronique des documents de JDG ASSURANCES. Démultiplier les envois risque de ralentir le traitement de mon dossier.

QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE UN DEVIS ET UNE PRISE EN CHARGE ?

Le **devis** me permet d'avoir une estimation des remboursements sur des dépenses importantes. Pour une estimation du remboursement, j'adresse le devis transmis par le professionnel de santé à JDG ASSURANCES. L'estimation de remboursement est donnée à titre informatif et reflète les garanties en vigueur à la date de sa réalisation.

La **prise en charge** engage JDG ASSURANCES à régler sur facture finale, les soins et prestations réalisés par le professionnel de santé dans la limite des garanties mentionnées sur le document.

À partir du 1^{er} janvier 2022, toutes les demandes de prises en charge doivent être transmises à almerys (hospitalisation, optique, audioprothèses).

JDG ASSURANCES traite uniquement vos demandes de prises en charge dentaires et grand appareillage.

MES ÉCHANGES AVEC JDG ASSURANCES

sante@service.jdg-assurances.fr

jdg-assurances.fr

Simple, rapide et écologique : mon espace assuré me donne accès à de nombreux services :

- Obtenir mes décomptes par e-mail,
- Consulter le détail de mes remboursements en temps réel,
- Enregistrer et modifier mes informations personnelles (mariage, déménagement, ...) et bancaires.



09 82 81 46 78



Une équipe de conseillers est à mon écoute du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00.



JDG ASSURANCES
41207 ROMORANTIN CEDEX

GRILLE DE GARANTIES

NATURE DES FRAIS	Complémentaire responsable Base obligatoire (prestations en complément de la Sécurité Sociale)		Complémentaire responsable Option 1 (prestations y compris la base obligatoire)		Complémentaire responsable Option 2 (prestations y compris la base obligatoire)	
	DPTAM*	hors DPTAM*	DPTAM*	hors DPTAM*	DPTAM*	hors DPTAM*
HOSPITALISATION						
Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation						
Frais de séjour, en hospitalisation médicale ou chirurgicale	100 % BR-MR		200 % BR-MR		250 % BR-MR	
Honoraires	DPTAM*	hors DPTAM*	DPTAM*	hors DPTAM*	DPTAM*	hors DPTAM*
Consultation d'un médecin	150 % BR-MR	100 % BR-MR	200 % BR-MR	180 % BR-MR	250 % BR-MR	200 % BR-MR
Chambre particulière (par jour)	34 €		60 €		80 €	
Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait		100 % du forfait		100 % du forfait	
Forfait actes lourds	100 % du forfait		100 % du forfait		100 % du forfait	
Frais de lit d'accompagnant (par jour)	30 €		45 €		60 €	
d'un enfant de moins de	16 ans		16 ans		16 ans	
Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite par année civile de	30 jour(s)		30 jour(s)		30 jour(s)	
MATERNITE						
Forfait maternité			100 €		150 €	
destiné à couvrir les frais d'accouchement de l'assurée et les 5 premiers jours d'hospitalisation. Au-delà du 5ème jour, les frais de séjour sont pris en charge au titre de l'hospitalisation						
Prestation doublée en cas de naissances multiples						
Forfait adoption			100 €		150 €	
DENTAIRE						
Soins hors 100% santé						
Consultations, soins courants (hors inlays onlays d'obturation), radiologie et chirurgie	100 % BR-MR		120 % BR-MR		150 % BR-MR	
Soins et prothèses 100% santé ⁽¹⁾	100 % PLV-MR		100 % PLV-MR		100 % PLV-MR	
Prothèses hors 100% santé						
à tarif limité ⁽²⁾ (y compris Inlay Onlay)	150 % BR-MR		250 % BR-MR		300 % BR-MR	
Dans la limite de	100 % PLV-MR		100 % PLV-MR		100 % PLV-MR	
à tarifs libres ⁽³⁾ (y compris Inlay Onlay)	150 % BR-MR		250 % BR-MR		300 % BR-MR	
Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité sociale (Piliers de bridge sur dent saine, élément supplémentaire de bridge, prothèses fixes unitaires sur dent saine)	200 €		270 €		320 €	
Dans la limite de	3 actes		3 actes		3 actes	
Orthodontie						
prise en charge par la Sécurité sociale	150 % BR-MR		200 % BR-MR		250 % BR-MR	
non prise en charge par la Sécurité sociale					396 €	
par semestre, dans la limite de :					4 semestres consécutifs	
Implantologie dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale						
Pose de l'implant (phase opératoire)			115,50 €		231 €	
Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de			3 actes		3 actes	
Faux-moignon implantaire			34,50 €		69 €	
Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de			3 actes		3 actes	
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux	DPTAM*	hors DPTAM*	DPTAM*	hors DPTAM*	DPTAM*	hors DPTAM*
Consultation d'un médecin généraliste	100 % BR-MR	100 % BR-MR	120 % BR-MR	100 % BR-MR	150 % BR-MR	130 % BR-MR
Consultation d'un médecin spécialiste	120 % BR-MR	100 % BR-MR	200 % BR-MR	180 % BR-MR	250 % BR-MR	200 % BR-MR
Visite d'un médecin	120 % BR-MR	100 % BR-MR	200 % BR-MR	180 % BR-MR	250 % BR-MR	200 % BR-MR
Acte technique médical ou chirurgical pratiqué par un médecin	120 % BR-MR	100 % BR-MR	120 % BR-MR	100 % BR-MR	150 % BR-MR	130 % BR-MR
Acte d'imagerie, échographie et doppler pratiqué par un médecin	100 % BR-MR	100 % BR-MR	120 % BR-MR	100 % BR-MR	150 % BR-MR	130 % BR-MR
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR		120 % BR-MR		150 % BR-MR	
Honoraires paramédicaux						
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	100 % BR-MR		100 % BR-MR		100 % BR-MR	
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR		100 % BR-MR		100 % BR-MR	
Matériel médical						
Appareillages, prothèses, produits et prestations, hors prothèses dentaires, auditives et optiques	100 % BR-MR		150 % BR-MR		200 % BR-MR	
MEDECINES NON CONVENTIONNELLES						
Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-dessous			20 €		30 €	
Acupuncture, Chiropraxie, Diététique, Ostéopathie, Pédicure-podologie, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie						
par séance, dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de			3 séances		3 séances	
AIDES AUDITIVES						
Equipements 100% Santé ⁽⁴⁾						
Dans la limite d'une prise en charge tous les	100 % PLV-MR		100 % PLV-MR		100 % PLV-MR	
	4 ans		4 ans		4 ans	
Equipement de classe 2 à tarif libre (adulte et enfant)	1 400 €-MR		1 400 €-MR		1 400 €-MR	
Dans la limite d'une prise en charge tous les	4 ans		4 ans		4 ans	
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	120 % BR-MR		170 % BR-MR		250 % BR-MR	
AUTRES POSTES						
Frais de transport	100 % BR-MR		100 % BR-MR		100 % BR-MR	
Cures Thermales						
Frais médicaux, frais de séjour et frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	450 €		450 €		450 €	
Les honoraires d'un médecin non adhérent DPTAM sont plafonnés à TM + 100% BR						

GRILLE DE GARANTIES

PREVENTION			
Les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché, par année civile et par bénéficiaire	6 % PMSS	6 % PMSS	6 % PMSS
Les médicaments et produits à base de nicotine, prescrits par un médecin dans un but de sevrage tabagique, avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor, par année civile et par bénéficiaire	30 €	30 €	30 €
Consultation chez un diététicien prescrite par un médecin, dans la limite d'une prise en charge durant la vie du contrat Par enfant de moins de	1,25 % PMSS 12 ans	1,25 % PMSS 12 ans	1,25 % PMSS 12 ans
Le test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (Test HPV) non pris en charge par la Sécurité sociale, sur la base de Dans la limite d'une prise en charge tous les	100 % BR-MR 3 ans	100 % BR-MR 3 ans	100 % BR-MR 3 ans
Tout acte de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale	Inclus	Inclus	Inclus
La Téléconsultation Voir présentation au chapitre " Vos services Santé et Assistance INCLUS DANS VOTRE CONTRAT"	Inclus	Inclus	Inclus
Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant. L'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'article D1172-2 du Code de la santé publique. Par année civile et par bénéficiaire	200 €	200 €	200 €
Connecteur Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres, sur prescription médicale, dans la limite d'une fois par année civile et par bénéficiaire	100 €	100 €	100 €
OPTIQUE			
Verres et Monture Dans la limite d'un équipement tous les	2 ans	2 ans	2 ans
Equipements 100% Santé ⁽¹⁾	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
Équipement à tarif libre (Classe B)			
par verre unifocal	50 €-MR	50 €-MR	90 €-MR
par verre multifocal	60 €-MR	75 €-MR	125 €-MR
La monture	100 €-MR	100 €-MR	100 €-MR
Autres postes optique			
Les implants intraoculaires multifocaux posés à l'occasion de l'opération de la cataracte	120 €	150 €	250 €
Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale Par année civile et par bénéficiaire	100 € 100 % TM	200 € 100 % TM	300 € 100 % TM
Avec garantie minimum			
AUTRES SERVICES			
Assistance	Pack Adaptalia Essentiel	Pack Adaptalia Essentiel	Pack Adaptalia Essentiel
Réseau Itelis	Inclus	Inclus	Inclus

Dentaire

(1) Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente: PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

(2) Prothèses à tarifs limités : Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente: PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

(3) Prothèses à tarifs libres : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité Sociale.

Aides auditives

(4) Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente: PLV) en application de l'article L.165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Optique

(5) Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L.165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe.

LEXIQUE

Les montants sont exprimés dans le respect des honoraires limites de facturation pour le poste dentaire et des prix limites de vente pour le poste optique.

BRSS : Base de Remboursement Reconstituée de la Sécurité sociale

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé

FR : Frais réels

HLF : Honoraire Limite de Facturation

PLV : Prix Limite de Vente

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

SS : Sécurité sociale

TM : Ticket Modérateur

TTC : Toutes Taxes Comprises

En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité sauf mentions particulières au tableau. Lorsque la Sécurité sociale intervient, le régime prend à minima en charge le Ticket modérateur conformément à la réglementation.