

# LIVRET FRAIS DE SANTÉ ADREXO PERMANENTS ENSEMBLE DU PERSONNEL

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.

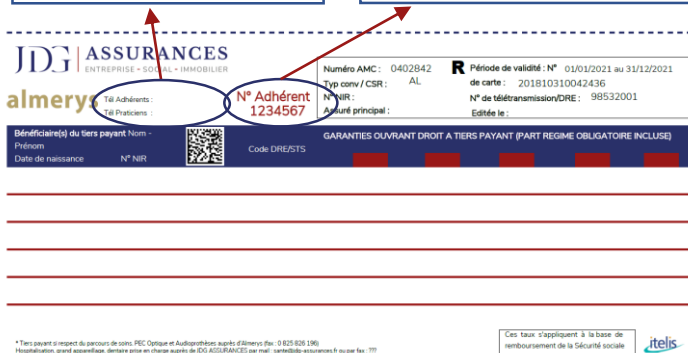
### MA CARTE DE TIERS PAYANT



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



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](http://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<sup>er</sup> 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](mailto:sante@service.jdg-assurances.fr)

[jdg-assurances.fr](http://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 non responsable Option 1 (prestations y compris la base obligatoire)		Complémentaire non responsable Option 2 (prestations y compris la base obligatoire)	
	DPTAM*	hors DPTAM*	DPTAM*	hors DPTAM*	DPTAM*	hors DPTAM*
<b>HOSPITALISATION</b>						
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	420 % BR-MR		420 % BR-MR		420 % BR-MR	
Honoraires	DPTAM*	hors DPTAM*	DPTAM*	hors DPTAM*	DPTAM*	hors DPTAM*
Consultation d'un médecin	300 % BR-MR	200 % BR-MR	300 % BR-MR	200 % BR-MR	300 % BR-MR	400 % BR-MR
Chambre particulière (par jour)	2 % PMSS		4 % PMSS		4 % PMSS	
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)	45 €		45 €		45 €	
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)	
<b>MATERNITE</b>						
Forfait maternité accordé à la bénéficiaire suite à son accouchement	25 % PMSS		25 % PMSS		30 % PMSS	
Forfait adoption doublé en cas d'adoptions multiples	25 % PMSS		25 % PMSS		30 % PMSS	
<b>DENTAIRE</b>						
Soins hors 100% santé						
Consultations, soins courants (hors inlays onlays d'obturation), radiologie et chirurgie	150 % BR-MR		150 % BR-MR		300 % BR-MR	
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale tels que décrits au chapitre actes thérapeutiques sur le parodonte de la CCAM dentaire					300 €	
Par année civile et par bénéficiaire						
Soins et prothèses 100% santé <sup>(1)</sup>	100 % PLV-MR		100 % PLV-MR		100 % PLV-MR	
Prothèses hors 100% santé						
à tarif limité <sup>(2)</sup> (y compris Inlay Onlay)	350 % BR-MR		400 % BR-MR		500 % BR-MR	
Dans la limite de	100 % PLV-MR		100 % PLV-MR		100 % PLV-MR	
à tarifs libres <sup>(3)</sup> (y compris Inlay Onlay)	350 % BR-MR		400 % BR-MR		500 % 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)	350 €		350 €		400 €	
Dans la limite de	3 actes		3 actes		3 actes	
Orthodontie						
prise en charge par la Sécurité sociale	350 % BR-MR		350 % BR-MR		450 % BR-MR	
non prise en charge par la Sécurité sociale	20 % PMSS		20 % PMSS		28 % PMSS	
par semestre, dans la limite de :	4 semestres consécutifs		4 semestres consécutifs		4 semestres consécutifs	
Implantologie dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale						
Pose de l'implant (phase opératoire)	13,09 % PMSS		13,09 % PMSS		20,02 % PMSS	
Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de	3 actes		3 actes		3 actes	
Faux-moignon implantaire	3,91 % PMSS		3,91 % PMSS		5,98 % PMSS	
Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de	3 actes		3 actes		3 actes	
<b>SOINS COURANTS</b>	DPTAM*	hors DPTAM*	DPTAM*	hors DPTAM*	DPTAM*	hors DPTAM*
Honoraires médicaux						
Consultation d'un médecin généraliste	175 % BR-MR	155 % BR-MR	175 % BR-MR	175 % BR-MR	270 % BR-MR	270 % BR-MR
Consultation d'un médecin spécialiste	220 % BR-MR	200 % BR-MR	220 % BR-MR	220 % BR-MR	300 % BR-MR	300 % BR-MR
Visite d'un médecin	220 % BR-MR	200 % BR-MR	220 % BR-MR	220 % BR-MR	300 % BR-MR	300 % BR-MR
Acte technique médical ou chirurgical pratiqué par un médecin	150 % BR-MR	130 % BR-MR	150 % BR-MR	150 % BR-MR	200 % BR-MR	200 % BR-MR
Acte d'imagerie échographie et doppler pratiqué par un médecin	120 % BR-MR	100 % BR-MR	120 % BR-MR	120 % BR-MR	145 % BR-MR	125 % BR-MR
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR		100 % BR-MR		100 % 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	
non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits, figurant sur la liste des produits ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'ANSM, à l'exclusion de la contraception féminine	50 €		50 €		75 €	
prise en charge dans la garantie ci-dessous						
homéopathiques non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin	60 €		60 €		60 €	
Par année civile et par bénéficiaire						
Moyens de contraception féminine non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin	50 €		50 €		50 €	
Par année civile et par bénéficiaire						
Matériel médical						
Appareillages, prothèses, produits et prestations, hors prothèses dentaires, auditives et optiques	210 % BR-MR		210 % BR-MR		300 % BR-MR	
<b>MEDECINES NON CONVENTIONNELLES</b>						
Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-dessous						
Acupuncture, Chiropraxie, Diététique, Ostéopathie, Pédiacurie-podologie, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie	60 €		60 €		60 €	
par séance, dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de	3 séances		4 séances		5 séances	
<b>AIDES AUDITIVES</b>						
Equipements 100% Santé <sup>(4)</sup>						
Dans la limite d'une prise en charge tous les	100 % PLV-MR		100 % PLV-MR		100 % PLV-MR	
Equipement de classe 2 à tarif libre	4 ans		4 ans		4 ans	
Adulte (bénéficiaire de 21 ans ou plus)	840 €-MR		840 €-MR		840 €-MR	
Dans la limite d'une prise en charge tous les	4 ans		4 ans		4 ans	
Enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans)	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	210 % BR-MR		210 % BR-MR		330 % BR-MR	
<b>AUTRES POSTES</b>						
Frais de transport	115 % BR-MR		115 % BR-MR		125 % BR-MR	
Cures Thermales						
Frais médicaux, frais de séjour et frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	10 % PMSS		10 % PMSS		15 % PMSS	
Les honoraires d'un médecin non adhérent DPTAM sont plafonnés à TM + 100% BR						
En cas de décès d'un bénéficiaire, remboursement à la personne justifiant avoir supporté les frais d'obsèques, dans la limite des frais réels	450 €		450 €		700 €	

# 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	55 €	55 €	55 €
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	100 % BR-MR 3 ans	100 % BR-MR 3 ans	100 % BR-MR 3 ans
Dans la limite d'une prise en charge tous les	Inclus	Inclus	Inclus
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			
<b>Verres et Monture</b> Dans la limite d'un équipement tous les Equipements 100% Santé <sup>(1)</sup>	2 ans 100 % PLV-MR	2 ans 100 % PLV-MR	2 ans 100 % PLV-MR
Equipement à tarif libre (Classe B)			
Avec monture et verres simples	272 €-MR	350 €-MR	400 €-MR
Avec monture et verres complexes	400 €-MR	500 €-MR	650 €-MR
Avec monture et verres très complexes	540 €-MR	700 €-MR	800 €-MR
Dont monture	100 €-MR	100 €-MR	200 €-MR
<b>Autres postes optique</b>			
Prestation d'adaptation (Classe A et B)	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
Par implant intraoculaire multifocal posé à l'occasion de l'opération de la cataracte	320 €	320 €	710 €
Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale Par année civile et par bénéficiaire	225 € 100 % TM	225 €	300 €
Avec garantie minimum			
L'opération de la myopie et de l'hypermétropie par laser, par œil Par année civile et par bénéficiaire	700 €	700 €	1 200 €
AUTRES SERVICES			
<b>Assistance</b> Réseau Itelis	Pack Confort Inclus	Pack Confort Inclus	Pack Confort 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.

**BRRSS** : 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.