

NOUS CONTACTER

**VOTRE AGENT GÉNÉRAL
D'ASSURANCE EXCLUSIF AXA
FRANCE
NICOLAS**

6 RUE FREDERIC BASTIAT
75008 PARIS

☎ 0147540404

✉ agencea2p.laurent.nicolas@axa
.fr

N°ORIAS 07 006 252
orias.fr

VOTRE ESPACE CLIENT

Mon AXA via axa.fr



Assurance et Banque

HIGHSKILL
66 AV DES CHAMPS ELYSEES
75008 PARIS

VOS RÉFÉRENCES

Document à conserver

Santé Entreprise

Projet
362058

Date du projet
29 novembre 2023

Groupe assuré
Ensemble du personnel

Votre référence Client
791641619

INFORMATION PRÉALABLE A LA SOUSCRIPTION DE VOTRE CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE SANTÉ ENTREPRISE



Madame, Monsieur

Au cours de nos échanges, vous nous avez exposé votre situation et communiqué, conformément aux articles L112-3 et L113-2 du Code des Assurances, les éléments suivants préalables à votre adhésion et relatifs à la déclaration du risque.

Ce document permet à votre Agent Général de vous conseiller un contrat qui est cohérent avec vos exigences et vos besoins et de vous préciser les raisons qui motivent ce conseil en application des articles L.521-2 et L.521-4 avant la souscription de votre contrat.

Votre Agent Général est soumis à l'obligation contractuelle de travailler exclusivement avec AXA France. Il est rémunéré par AXA France sous forme de commissions ainsi que d'autres avantages monétaires et non monétaires.

Bien cordialement,

LES DONNÉES QUE VOUS NOUS AVEZ COMMUNIQUÉES

Raison sociale : HIGHSKILL

Adresse du siège : 66 AV DES CHAMPS ELYSEES
75008 PARIS

Représentant légal :

SIRET : 92031181800016

N° IDCC : 1486 - Convention collective nationale applicable au personnel des bureaux d'études techniques, des cabinets d'ingénieurs-conseils et des sociétés de conseils(BET, SYNTEC)

Nombre de salariés : 185

Téléphone portable :

Email :



POINTS D'ATTENTION SUR LE CADRE JURIDIQUE ASSOCIÉ

Depuis le 1er janvier 2016, la totalité des salariés doit être couverte en santé par un ou plusieurs dispositifs. Chaque dispositif doit être mis en place conformément aux dispositions de l'Art. L911-1 du Code de la Sécurité sociale, par l'un des moyens suivants : accord collectif, référendum ou décision unilatérale de l'employeur.

Pour bénéficier de l'exonération de cotisations sociales attachées aux couvertures collectives et obligatoires (dans les conditions et limites fixées à l'article L242-1 du Code de la Sécurité sociale), le contrat doit prévoir l'adhésion obligatoire de l'ensemble des salariés ou d'une catégorie de salariés définie à partir de critères objectifs, sous réserve des éventuelles dispenses d'adhésion. Pour respecter les conditions des articles R242-1-1 et suivants, il doit prévoir un taux de cotisation uniforme et des garanties identiques pour l'ensemble des assurés.

Il vous appartient par ailleurs de vérifier que les conditions nécessaires pour bénéficier d'une déductibilité fiscale sont bien remplies (conditions et limites prévues à l'article 83 du Code général des impôts).

QUELLE CATÉGORIE DE SALARIES SOUHAITEZ-VOUS ASSURER ?

- Ensemble des salariés et assimilés salariés au sens de l'article L311-3 du Code de la Sécurité sociale

Régime des salariés : Régime général

SOUHAITEZ-VOUS PERMETTRE A VOS SALARIES DE COMPLÉTER LEURS GARANTIES PAR DES OPTIONS PERSONNELLES ?

- OUI

POUR QUELS BESOINS SOUHAITEZ-VOUS ETRE COUVERTS ?

- Garanties du panier de soins minimum ou de votre convention collective
 Garanties supérieures à vos obligations légales ou conventionnelles

QUAND SOUHAITEZ-VOUS QUE LES GARANTIES PRENNENT EFFET ?

01 janvier 2024

QUEL TYPE DE BÉNÉFICIAIRE SOUHAITEZ-VOUS COUVRIR ?

- Le salarié et ses ayants droit

A QUEL RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE VOS SALARIÉS SONT-ILS RATTACHÉS ?

- Régime général

DÉCLARATIONS COMPLÉMENTAIRES DU SOUSCRIPTEUR

- Je n'ai aucune déclaration complémentaire à faire.
 Je complète mes déclarations ci-après :

.....
.....
.....

DÉCLARATIONS COMPLÉMENTAIRES DE VOTRE AGENT GÉNÉRAL

- Je n'ai aucune déclaration complémentaire à faire.
 Je complète mes déclarations ci-après :

.....
.....
.....

NOTRE PROPOSITION DE SOLUTION SANTÉ ENTREPRISE

Compte tenu des éléments d'information que vous nous avez communiqués, et de la législation en vigueur à ce jour, le contrat faisant l'objet de la proposition commerciale ci-jointe constitue une solution au regard de votre situation et de vos besoins exprimés.

CONCLUSION

Je soussigné(e), confirme:

- Avoir reçu les informations et conseils figurant au présent document ainsi que l'ensemble des informations concernant l'environnement fiscal et social du contrat de Santé Entreprise complémentaire préalablement à la proposition du contrat.
- Avoir pleinement connaissance des obligations légales et conventionnelles relatives aux garanties d'assurance complémentaires santé et vérifié que les garanties proposées correspondent à celles prévues par le dispositif visant la catégorie de personnel à assurer conformément aux dispositions de l'article L911-1 du Code de la Sécurité sociale.

Finalité du recueil des données et conséquence d'une inexactitude ou d'une omission

Je reconnais :

- avoir été informé(e) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées dans le cadre de ma demande de souscription ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévue aux articles L.113.8 (nullité du contrat d'assurance) et L.113.9 (majoration de la cotisation ou application de la règle proportionnelle) du Code des Assurances.
- qu'au cours des échanges avec mon interlocuteur AXA, j'ai exposé ma situation personnelle et communiqué les éléments nécessaires à l'établissement d'une proposition d'assurance en cohérence avec mes besoins et exigences et dont les documents suivants m'ont été remis avant la souscription du contrat d'assurance :
 - Le document d'information sur le produit d'assurance (DIPA).
 - Les Conditions générales.
 - L'information sur le tarif.

Réclamations

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser à votre interlocuteur AXA habituel (ses coordonnées sont indiquées sur vos courriers et sur votre Espace Client en ligne) ou au service clients avec lequel vous êtes en relation, ou, à tout moment, au Service Réclamations :

- via le formulaire de contact sur **axa.fr** ou en ligne depuis votre Espace Client AXA
- ou par **courrier**, à l'adresse suivante : **AXA France - Service Réclamations - TSA 46307 - 95901 Cergy-Pontoise Cedex**

Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de 10 jours.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de 60 jours.

Médiation

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

- 2 mois après votre première réclamation écrite, que vous ayez reçu une réponse ou non de notre part
- et, en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre première réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire :

- par **voie électronique** sur le site **mediation-assurance.org**
- ou par **courrier**, à l'adresse suivante : **Le médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09**

L'intervention du Médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet. Les deux parties, vous-même et AXA, restent libres de suivre ou non la proposition du Médiateur.

Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

CONCLUSION

Je soussigné(e) reconnais avoir fourni de bonne foi les renseignements figurant dans le présent document, reçu un double de ce document et approuve la (les) solution(s) qui m'est (sont) proposée(s).

Nous vous avons fourni les informations souhaitées et restons à votre disposition pour toute question complémentaire. N'oubliez pas de nous contacter en cas de changement des éléments qui ont servi de base à l'établissement de ce contrat ou de modification de vos besoins.

Fait en double exemplaire à, le

Le Souscripteur

Signature du Souscripteur(*)

Votre Agent général

NICOLAS

Signature(*)

(*) Si vous n'êtes pas le représentant légal de l'entreprise ou si vous représentez un agent général, faites précéder votre signature de la mention « par délégation » en indiquant vos noms, prénom, qualité.



Notre proposition Santé Collectives

Pour l'ensemble des salariés

Référence projet 362058
Pour la société
HIGHSKILL

Votre contact,
VOTRE AGENT GENERAL
D'ASSURANCE EXCLUSIF
PREVOYANCE & PATRIMOINE

NICOLAS

6 RUE FREDERIC BASTIAT – 75008 PARIS

☎ 0147540404

✉ agencea2p.laurent.nicolas@axa.fr

N°ORIAS 07 006 252

orias.fr



le 29 novembre 2023

Les données de l'entreprise

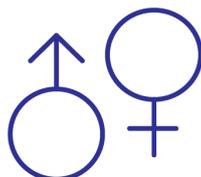
Nom de l'entreprise : HIGHSKILL
Adresse : 66 AV DES CHAMPS ELYSEES-75008
PARIS

Siret : 92031181800016
Activité : 721Z-Conseil en systèmes
informatiques

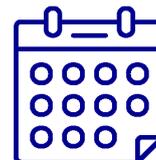
La démographie de l'entreprise

185 salariés

Ensemble des salariés et assimilés salariés au sens de l'article L311-3 du Code de la Sécurité sociale



Hommes - femmes
86% - 14%



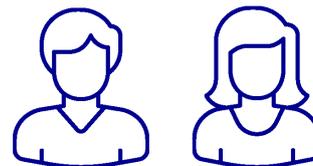
Age moyen
36 ans



Célibataires, veufs, divorcés
131



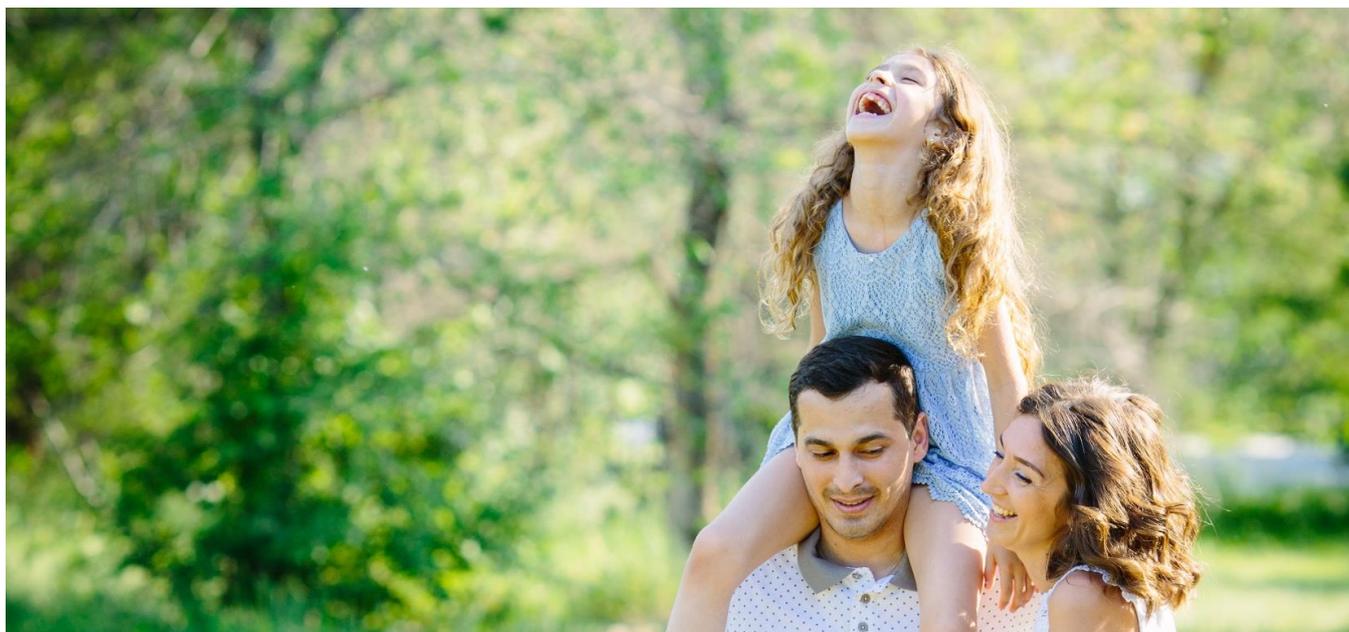
Nombre d'enfants
132



Mariés, concubins,
pacsés
54

**Nombre total de bénéficiaires (les salariés et leurs ayants droit) :
371 personnes**

Les points forts de notre offre Santé



Les éléments clés

Dans un contexte de progression constante des frais de santé et d'augmentation du reste à charge, proposer aux salariés une solution performante en matière d'assurance santé est un véritable avantage pour votre entreprise. Chez AXA, nous avons à cœur de concilier vos exigences de chef d'entreprise avec les besoins individuels des salariés.

Une offre enrichie

Les salariés accèdent :

- à des garanties très complètes qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale. Elles répondent aux attentes émergentes comme les médecines douces, les opérations de la myopie, les implants, ...
- à des compléments de garanties appropriés à leur besoin et à leur situation de famille qu'ils peuvent souscrire à titre personnel tout en bénéficiant d'un tarif avantageux.

Des services innovants et différenciants pour vous comme pour les salariés :

- Des experts à votre service pour co-construire ou alimenter votre plan de prévention pour un impact positif et durable sur la santé des salariés.
- Au-delà des remboursements des frais de santé, nous accompagnons les salariés au quotidien et dans les moments difficiles au travers de services innovants. Comme par exemple Angel, véritable assistant médical personnel.

Un fond d'entraide AXA pour les salariés

Dans le cadre de son engagement social et responsable, AXA, par l'intermédiaire de l'association AXA Entraide, dispose d'un fonds d'entraide. Lors d'évènements en rapport avec l'objet du contrat d'assurance, il peut apporter des secours exceptionnels aux salariés confrontés à des difficultés économiques et sociales particulières.

Quels sont les taux de cotisation appliqués ?

Notre proposition de cotisation

Elle s'entend pour une date d'effet fixée au 1 janvier 2024. Les cotisations ci-dessous sont susceptibles d'être modifiées en fonction de l'évolution de la réglementation lorsqu'elles modifient les conditions contractuelles ou la portée de nos engagements.

Plusieurs structures de cotisations sont proposées. La structure que vous choisirez sera applicable à l'ensemble des salariés

Les cotisations correspondent à une couverture pour chaque salarié avec l'ensemble de ses ayants droit, bénéficiaires du contrat.

	Complémentaire Responsable Base Obligatoire	Surcomplémentaire Non responsable	
		Option 1	Option 2
Cotisation unique pour tous les salariés			
Par assuré avec ou sans ayant droit	2,50 %	+ 19,71 €	+ 58,37 €

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de chaque année d'assurance.

Tous impôts, contributions et taxes, auxquels votre contrat sera assujetti, sont à votre charge et sont inclus dans la cotisation.

Les éventuelles cotisations facultatives à la charge du salarié ne sont pas déductibles du salaire imposable.

La validité du projet

Le présent projet est émis pour une période expirant le 31 décembre 2023. Au-delà de cette date et compte tenu des évolutions possibles des risques, les conditions de tarification et de garanties seront revues.

Ceci est un projet n'ayant pas de valeur contractuelle.

Comment sont révisées vos cotisations ?

Les cotisations sont révisées annuellement en fonction de l'évolution de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) et de l'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale.

Les cotisations pourront également être revues en fonction des résultats techniques de votre périmètre de mutualisation et de tout élément de nature à modifier le risque assuré (démographie, dérive des soins, évolution de la réglementation ou des remboursements des régimes obligatoires, etc.).

A quelle date régler vos cotisations ?

Les cotisations du socle sont payables trimestriellement à terme échu, c'est-à-dire à la fin des 3 mois qui font le trimestre.

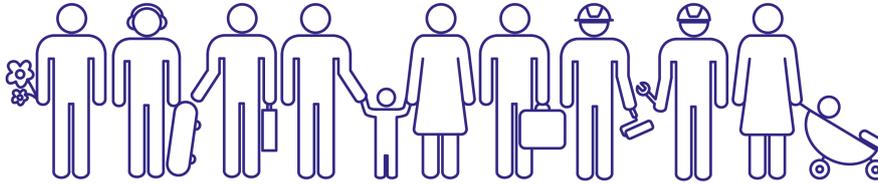
Les éventuelles cotisations facultatives sont recouvrables,

- Soit par votre intermédiaire, selon la même fréquence que les cotisations du socle.
- Soit par appel direct auprès de chaque salarié. Dans ce cas, les cotisations sont payables mensuellement d'avance par prélèvement automatique.

Qui sont les bénéficiaires du contrat?

Au-delà de votre obligation légale,

Vous avez choisi de couvrir les salariés avec leurs ayants droit.



- L'assuré,
- son conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale,
 - Est assimilé au conjoint, dans le cas où la situation de l'ayant droit ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, son partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, son concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué.
 - Le concubin doit répondre à la définition de l'article L. 515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.
- Ses enfants et ceux de son conjoint,
 - s'ils sont à sa charge (ou à celle de son conjoint) au sens de la Sécurité sociale et sont âgés de moins de 18 ans,
 - s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale, suivent des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance, et sont âgés de moins de 28 ans,
 - s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale, ont terminé leurs études depuis moins de 12 mois et sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi, et sont âgés de moins de 28 ans. Dans ce cas, ils bénéficient de la garantie pour une période maximale de 12 mois à compter de la date de fin de scolarité. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
 - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou allocation pour adulte handicapé (AAH)), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

Ce document n'est pas un engagement contractuel mais une communication édictée par l'article 5 de la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 et l'arrêté du 6 mai 2020 qui en précise les modalités d'application.

Informations générales relatives à l'ensemble des contrats d'assurance santé couverts par AXA France Vie en 2022

Ratio prestations sur cotisations HT : 85,00 %

Ratio frais de gestion sur cotisations HT : 15,90 %

Ratio Prestations + Provisions sur cotisations HT : 87,90 %

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Quelles sont les garanties proposées ?

Les remboursements ci-dessous **viennent en complément de** ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins. Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.

	Complémentaire Responsable Base Obligatoire	Surcomplémentaire Non responsable	
		Option 1	Option 2
En complément de la Sécurité sociale		Y compris la base obligatoire	
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			
dans un établissement conventionné	200 % BR-MR	225 % BR-MR	300 % BR-MR
dans un établissement non conventionné	200 % BR-MR	225 % BR-MR	300 % BR-MR
Honoraires			
Consultation d'un médecin adhérent à l'un des DPTAM	220 % BR-MR	245 % BR-MR	525 % BR-MR
Consultation d'un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR-MR	245 % BR-MR	525 % BR-MR
Chambre particulière (par jour)	60 €	75 €	130 €
Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
Forfait actes lourds	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
Lit d'accompagnant (par jour)	60 €	75 €	130 €
Sans limitation de durée pour les séjours en psychiatrie			
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)



MIEUX PRÉPARER SON HOSPITALISATION
Trouver un hôpital adapté



Via le site [angel.fr](https://www.angel.fr)
Par téléphone :
Depuis la France **36 33** (coût d'un appel local)
Depuis l'étranger **+33 1 55 92 27 54**

	Complémentaire Responsable Base Obligatoire	Surcomplémentaire Non responsable	
		Option 1	Option 2
En complément de la Sécurité sociale		Y compris la base obligatoire	
Maternité			
Forfait maternité			400 €
Celui-ci est accordé à la bénéficiaire suite à son accouchement. Ce montant est doublé si sa grossesse était multiple.			
Forfait adoption			400 €
Ce forfait est doublé en cas d'adoptions multiples.			

Complémentaire Responsable Base Obligatoire	Surcomplémentaire Non responsable	
	Option 1	Option 2
En complément de la Sécurité sociale	Y compris la base obligatoire	

Dentaire

Soins (hors 100% Santé)

Consultations, soins courants (hors inlays onlays d'obturation), radiologie et chirurgie	200 % BR-MR	250 % BR-MR	250 % BR-MR
Actes de parodontologie non pris en charge par la Sécurité sociale Par année civile et par bénéficiaire	200 €	400 €	500 €

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)	300 % BR-MR	350 % BR-MR	550 % BR-MR
Dans la limite de :	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
à tarifs libre ⁽³⁾ (y compris Inlay Onlay)	300 % BR-MR	350 % BR-MR	550 % BR-MR
Prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale, Par année civile et par bénéficiaire	200 €	250 €	300 €

Orthodontie

prise en charge par la Sécurité sociale	300 % BR-MR	350 % BR-MR	500 % BR-MR
non prise en charge par la Sécurité sociale par semestre	250 % BRR	500 % BRR	500 % BRR
Dans la limite de :	4 Semestre(s) consécutif(s)	4 Semestre(s) consécutif(s)	4 Semestre(s) consécutif(s)

Implantologie dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale

Par année civile et par bénéficiaire	500 €	500 €	800 €
--------------------------------------	-------	-------	-------

Soins courants

Honoraires médicaux

Consultation d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR	200 % BR-MR	400 % BR-MR
Consultation d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	130 % BR-MR	200 % BR-MR	400 % BR-MR
Consultation d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	220 % BR-MR	245 % BR-MR	450 % BR-MR
Consultation d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR-MR	245 % BR-MR	450 % BR-MR
Visite d'un médecin adhérent à l'un des DPTAM	220 % BR-MR	245 % BR-MR	450 % BR-MR
Visite d'un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR-MR	245 % BR-MR	450 % BR-MR

	Complémentaire Responsable Base Obligatoire	Surcomplémentaire Non responsable	
		Option 1	Option 2
	En complément de la Sécurité sociale	Y compris la base obligatoire	
Soins courants			
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Acte technique médical ou chirurgical pratiqué par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	170 % BR-MR	190 % BR-MR	250 % BR-MR
Acte technique médical ou chirurgical pratiqué par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR	190 % BR-MR	250 % BR-MR
Acte d'imagerie, échographie et doppler pratiqué par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	145 % BR-MR	190 % BR-MR	350 % BR-MR
Acte d'imagerie, échographie et doppler pratiqué par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	125 % BR-MR	190 % BR-MR	350 % 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 (veinotoniques, diététique...) et prescrits par un médecin à l'exclusion de la contraception féminine prise en charge par la garantie ci-dessous. Par année civile et par bénéficiaire			60 €
homéopathiques non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin Par année civile et par bénéficiaire	60 €	60 €	60 €
Moyens de contraception féminine non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin Par année civile et par bénéficiaire		50 €	100 €
Matériel médical			
Appareillages, prothèses, produits et prestations non pris en charge au titre des postes prothèses dentaires, auditives et optiques	200 % BR-MR	225 % BR-MR	225 % BR-MR



TÉLECONSULTATION MÉDICALE

Consulter un médecin 7j/7



Depuis l'Espace Client ou [Angel.fr](https://www.angel.fr)
Par téléphone :
Depuis la France **36 33** (coût d'un appel local)
Depuis l'étranger **+33 1 55 92 27 54**

Complémentaire Responsable Base Obligatoire	Surcomplémentaire Non responsable	
	Option 1	Option 2
En complément de la Sécurité sociale	Y compris la base obligatoire	

Médecines non conventionnelles

Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, Nous prenons en charge les actes suivants sous réserve que le praticien soit un professionnel de santé inscrit à l'un des répertoires suivants : ADELI, RPPS ou FINESS. Ce professionnel doit donc être un médecin, un ostéopathe ou un auxiliaire médical au sens du Livre III du Code de la santé publique (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, etc.) par séance	30 € Acupuncture, Chiropraxie, Diététique, Ostéopathie, Pédicurie-podologie, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie	30 € Acupuncture, Chiropraxie, Diététique, Ostéopathie, Pédicurie-podologie, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie	50 € Acupuncture, Chiropraxie, Diététique, Ostéopathie, Pédicurie-podologie, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie
Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	3 séance(s)	3 séance(s)	5 séance(s)

Aides auditives

Equipement 100% santé ⁽⁴⁾ Dans la limite d'une prise en charge tous les :	100 % PLV-MR 4 ans	100 % PLV-MR 4 ans	100 % PLV-MR 4 ans
Equipement de classe 2 à tarif libre : adulte (bénéficiaire de 21 ans ou plus) Dans la limite d'une prise en charge tous les :	840 Euros-MR 4 ans	990 Euros-MR 4 ans	1390 Euros-MR 4 ans
enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans) ou bénéficiaire atteint de cécité (sans limite d'âge) Dans la limite d'une prise en charge tous les :	1440 Euros-MR 4 ans	1590 Euros-MR 4 ans	1740 Euros-MR 4 ans
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	200 % BR-MR	225 % BR-MR	225 % BR-MR

Autres postes

Frais de transport	100 % BR-MR	100 % BR-MR	100 % BR-MR
--------------------	-------------	-------------	-------------

Complémentaire Responsable Base Obligatoire	Surcomplémentaire Non responsable	
	Option 1	Option 2
En complément de la Sécurité sociale	Y compris la base obligatoire	

Prévention

Le vaccin anti-grippal non pris en charge par la Sécurité sociale		15 €	70 €
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 €	50 €	100 €
L'ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale. Par année civile et par bénéficiaire		50 €	100 €
Consultation chez un diététicien prescrite par un médecin, dans la limite d'une prise en charge durant la vie du contrat :	1,25 % PMSS	1,25 % PMSS	1,25 % PMSS
Par enfant de moins de	12 ans	12 ans	12 ans
Montant alloué en faveur d'un meilleur équilibre alimentaire sous la forme d'inscriptions à des programmes de coaching ou pour des produits diététiques médicalement prescrits dans tous les cas Par année civile et par bénéficiaire			60 €
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	100 % BR-MR	100 % BR-MR
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	3 ans	3 ans	3 ans
Tout acte de prévention prévu à l'article L871-1 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 €



CONSEIL BIEN-ÊTRE

Préserver sa forme et sa santé



Via le site angel.fr
Par téléphone :
Depuis la France **36 33** (coût d'un appel local)
Depuis l'étranger **+33 1 55 92 27 54**

Complémentaire Responsable Base Obligatoire	Surcomplémentaire Non responsable	
	Option 1	Option 2
En complément de la Sécurité sociale	Y compris la base obligatoire	

Optique

Verres et Monture

Dans la limite d'un équipement tous les :	2 ans	2 ans	2 ans
Equipements 100% Santé ⁽⁵⁾	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
Équipement à tarif libre (Classe B) avec monture et verres simples	280 Euros-MR	320 Euros-MR	390 Euros-MR
avec monture et verres complexes	420 Euros-MR	460 Euros-MR	550 Euros-MR
avec monture et verres très complexes	440 Euros-MR	480 Euros-MR	570 Euros-MR
Dont monture	100 Euros-MR	100 Euros-MR	100 Euros-MR

Autres postes optique

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.	350 €	400 €	450 €
Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale Par année civile et par bénéficiaire	100 €	115 €	350 €
Nous garantissons au minimum :	100 %TM		
La chirurgie réfractive, par œil, par bénéficiaire et par année civile	700 €	800 €	1000 €

Assistance

Vous bénéficiez des services assistances du pack "Confort" décrits au chapitre correspondant

Vous bénéficiez des services assistances du pack "Aide aux aidants" décrits au chapitre correspondant

Services

Le Réseau Itélis permet aux assurés d'avoir accès à des soins de qualité, en protégeant leur budget

La description de ce service est donnée au chapitre correspondant

Pour mieux comprendre les garanties ?

DPTAM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

TM = Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.

BRR = Base de remboursement reconstituée. Prise en compte de la base de remboursement de la garantie prise en charge par la Sécurité sociale.

PLV = Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. **Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.**

Définitions 100% Santé



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**).

Informations sur le poste Optique

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 la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

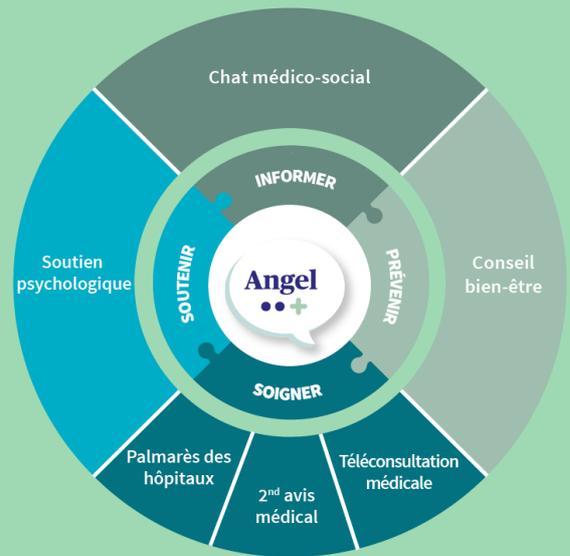
Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe.

SIMPLES Avec verres unifocaux	COMPLEXES Avec verres unifocaux	COMPLEXES avec verres multifocaux	TRES COMPLEXES Avec verres multifocaux
<ul style="list-style-type: none"> ■ Sphère entre -6 et 6 ■ Sphérocyindrique entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4 ■ Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 6 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sphère hors zone -6 et 6 ■ Sphérocyindrique entre -6 et 0 et Cylindre > 4 ■ Sphérocyindrique inf -6 et Cylindre sup = 0,25 ■ Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 6 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sphère entre -4 et 4 ■ Sphérocyindrique entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4 ■ Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 8 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sphère hors zone -4 et 4 ■ Sphérocyindrique entre -8 et 0 et Cylindre > 4 ■ Sphérocyindrique < -8 et Cylindre sup = 0,25 ■ Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 8



Angel et ses services

ANGEL, un univers médical dédié pour répondre à toutes les questions de santé des salariés, les orienter et les accompagner, en toute confidentialité, au quotidien comme dans les moments difficiles.



Chat médico-social



Obtenir des réponses à toutes ses questions santé

Les salariés chattent avec notre équipe de professionnels de santé et obtiennent des réponses à toutes leurs interrogations médicales et sociales, pour eux et leurs proches.

Téléconsultation médicale



Consultez un médecin à distance, 7j/7

Les salariés consultent un médecin à distance, qu'ils soient chez eux, au bureau, en vacances, en France ou à l'étranger. Notre équipe médicale est disponible 7j/7.

Conseil bien-être



Préserver sa forme au quotidien

Les salariés préservent leur forme et prennent soin d'eux au quotidien grâce à des programmes de coaching, des conseils nutrition et bien-être.

Second Avis Médical



Eclairer ses décisions médicales

Les salariés bénéficient de l'expertise de médecins experts de leur pathologie pour prendre la meilleure décision pour leur santé.

Soutien Psy



Être écouté

Un salarié traverse une période difficile ? Il bénéficie de plusieurs consultations par téléphone avec un psychologue. 4 entretiens téléphoniques par an et par bénéficiaire majeur.

Palmarès des hôpitaux



Préparer au mieux son hospitalisation

Les salariés bénéficient de conseils pratiques pour préparer leur hospitalisation ou celle d'un proche. Ils comparent les établissements de santé et choisissent leur lieu d'hospitalisation grâce à des informations complètes.



Via Internet
angel.fr



Par téléphone depuis la France
(coût d'un appel local)

36 33



Depuis l'étranger

+33 1 55 92 27 54

Réseau d'opticiens Itelis et autres professionnels



Soigner son budget santé

Option en Santé collective.



Grâce au réseau de professionnels Itelis, les salariés bénéficient de tarifs négociés, de prestation de qualités en optique, dentaire et audioprothèses ainsi qu'en médecine douce (ostéopathie, chiropraxie et diététique).

La vue

Jusqu'à 40% d'économie sur les verres et sans avance de frais. Nouveau : des opticiens se déplacent sur le lieu du choix des salariés !

Les soins dentaires

Jusqu'à 25% d'économie sur un traitement implantaire.

L'audition

Jusqu'à 15% d'économie sur les aides auditives. Tests auditifs en ligne.

De nombreux avantages : marques de qualité, garanties après-vente...

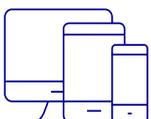
Le bien-être

Des tarifs négociés chez les ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et diététiciens du réseau.

Opticien à domicile

En partenariat avec Optical Center Mobile, l'opticien se rend au lieu de votre choix dans un véhicule équipé d'un matériel de haute technicité .

Comment y accéder ?



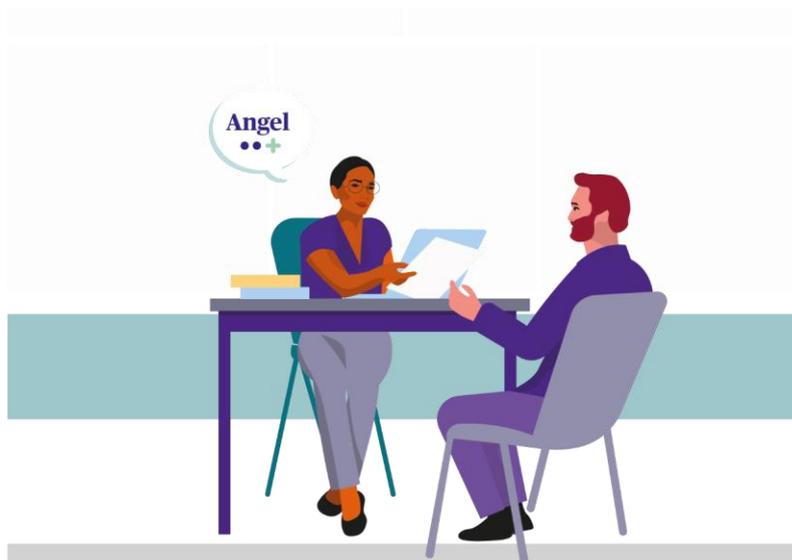
Disponible sur l'Espace Client et prochainement via angel.fr

Soutien Maladies Graves



Être accompagné pour faire face à la maladie

Contrat prévoyance collective au-delà de 100 salariés.



Les salariés bénéficient d'un accompagnement et de services dédiés dès l'annonce de la maladie, pendant le traitement et à tout moment.

Souscrire à l'offre Soutien Maladies Graves permet aux salariés de bénéficier d'un **capital (3000€ ou 5000€ au choix)** pour couvrir leurs premiers frais ainsi que de services pour les accompagner à toutes les étapes de la maladie. Vous pouvez également choisir de couvrir les ayants droit des salariés (conjoint⁽¹⁾ et enfants).

Les 7 pathologies couvertes : cancer, accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, maladie de Parkinson, insuffisance rénale dialysée, greffe d'organes, sclérose en plaques.

Se référer à la notice pour la définition complète des pathologies.

Comment y accéder ?

Contactez l'interlocuteur AXA habituel.

Ces services sont accessibles dans les conditions et limitations prévues au contrat.

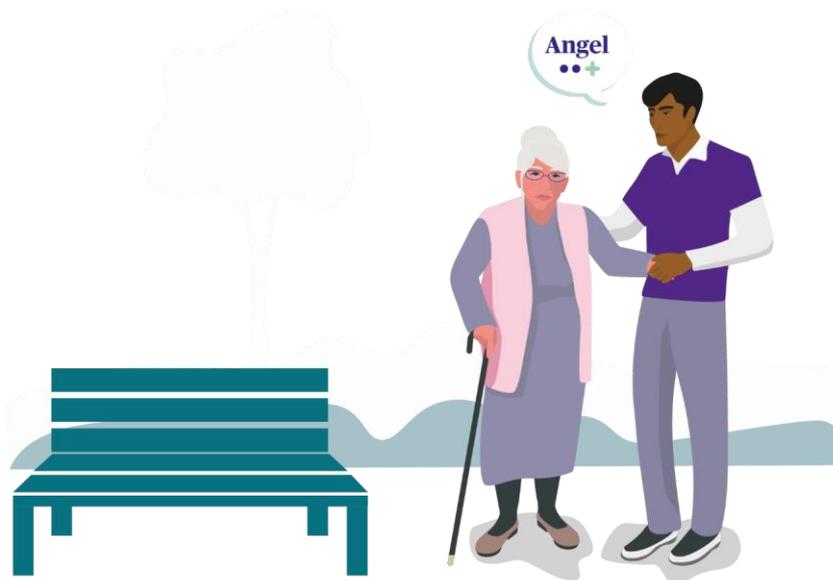
⁽¹⁾ Pour être couvert, le conjoint ne doit pas avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite. ⁽²⁾ Le capital est utilisable librement. Il peut par exemple servir à couvrir des dépenses peu ou pas prises en charge par l'assurance santé, ou à compenser une perte de revenus. ⁽³⁾ Dans le respect du secret médical et la confidentialité de vos données personnelles.

Aide aux Aidants



Être accompagné pour mieux aider

Sous conditions d'effectifs.



Les salariés bénéficient d'un care manager pour les accompagner et concilier au mieux leur activité professionnelle et leur rôle d'aidant familial.

Un care manager les accompagne pour :

- Evaluer les besoins
- Simplifier le quotidien
- Protéger la santé

Un package de service d'une valeur estimée à 2 000 € (aides à domicile, aide à l'organisation, soutien psychologique, solutions de répit, téléconsultation...)

La possibilité de financer les congés des salariés aidants avec des indemnités journalières.

Pour qui ? Tout type d'aidant qui accompagne une personne âgée ou handicapée, pour accomplir des actes de la vie quotidienne (le conjoint, ascendants ou descendants du salarié ou de son conjoint)

Comment y accéder ?

Contactez l'interlocuteur AXA habituel.



Aide à domicile



Formule CONFORT

Option en Santé collective.



Les salariés bénéficient d'un accompagnement au quotidien comme dans les moments difficiles, avec des solutions d'assistance dédiées pour les soulager grâce aux deux offres assistance :

RAPATRIEMENT MÉDICAL (en cas d'atteinte corporelle grave)

En cas d'accident grave à plus de 50 kms du domicile, prise en charge du rapatriement sanitaire par le moyen de transport adapté :

- Soit vers le centre hospitalier le mieux adapté à son état de santé
- Soit vers le centre hospitalier le plus proche de son domicile
- Soit vers son domicile

HOSPITALISATION (y compris en ambulatoire) ou immobilisation à domicile de plus de 5 jours

- Aide-ménagère (dans la limite de 40h sur 20 jours)
- Garde malade (dans la limite de 40h sur 20 jours)
- Proche au chevet (dans la limite de 80 €/nuits pour 3 nuits)
- Garde des enfants (dans la limite de 40h sur 20 jours)
- Soutien scolaire (dans la limite de 15h/ semaine dans l'année scolaire en cours)

Comment y accéder ?

Par chat via le site [angel.fr](https://www.angel.fr)

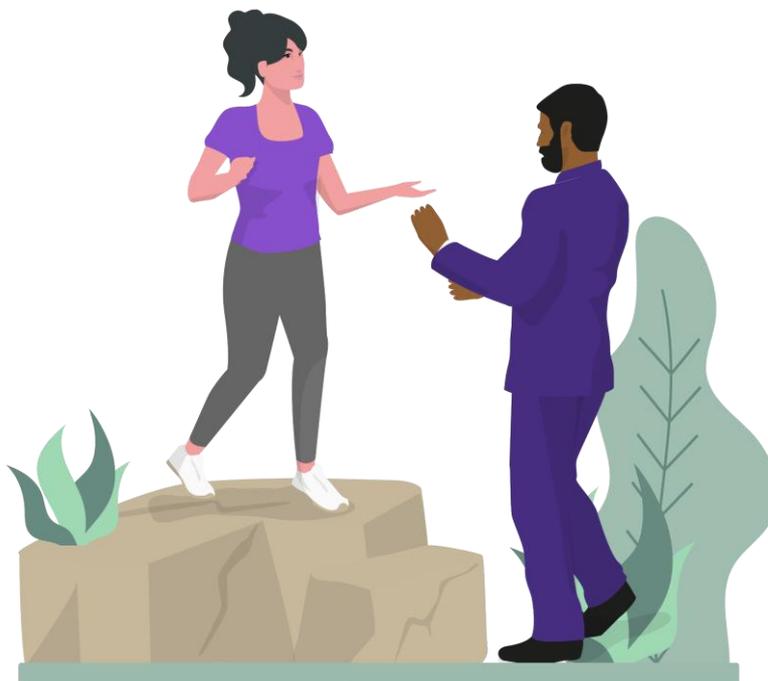
Par téléphone : Depuis la France au **36 33** (coût d'un appel local)

Depuis l'étranger **+33 1 55 92 27 54**

Ces services sont accessibles dans les conditions et limitations prévues au contrat.



Être aidé



AXA Entraide, association loi de 1901, apporte une aide aux salariés en situation humaine et financière difficile, aggravée par un évènement déclencheur de détresse sociale (sinistre, maladie, accident...).

Exemples de participations accordées par AXA Entraide:

- Pour les personnes en situation de handicap : aide à l'acquisition d'un fauteuil roulant, à l'aménagement d'une maison ou d'un véhicule...
- Pour permettre l'accès aux soins aide au financement de dépenses de santé non remboursées...
- Pour rebondir en cas de coups durs: aide au financement d'obsèques ou de dépenses en lien avec le contrat d'assurance...

Sous réserve d'acceptation de la demande d'aide en tenant compte des circonstances particulières et des ressources du foyer.

Comment y accéder ?

Contactez les équipes d'AXA Entraide à :
service.axaentraide.fr

AXA L'offre Privilèges

DÉPART DE L'ENTREPRISE : MAINTENIR LES GARANTIES SANTÉ



Grâce à vous, **vos salariés** bénéficient d'une complémentaire santé de qualité. **Le départ à la retraite** est l'occasion pour les salariés de réévaluer leurs besoins en matière de santé.

Offre Tem'po

En plus, **en cas de départ à la retraite, vos salariés peuvent conserver leurs avantages** et réévaluer leurs besoins en matière de santé grâce à une offre privilégiée.

L'offre Tem'po, une complémentaire santé réellement adaptée à leurs besoins et intégrant le 100% Santé. **Une couverture modulable avec le choix entre 6 niveaux de couverture.**

Des garanties ciblées séniors pour répondre aux nouveaux besoins (ex : traitement de la Dégénérescence maculaire liée à l'âge, forfait examens préventifs, vaccins du voyage...).

L'OPTION SANTÉ+

C'est la possibilité de compléter la formule souscrite

Cette option permet une meilleure prise en charge sur :

- Les dépassements d'honoraires
- La prévention (renforts médecine douce, diététicien, ...)
- L'hospitalisation (forfait confort hospitalier, renfort chambre particulière, ...)

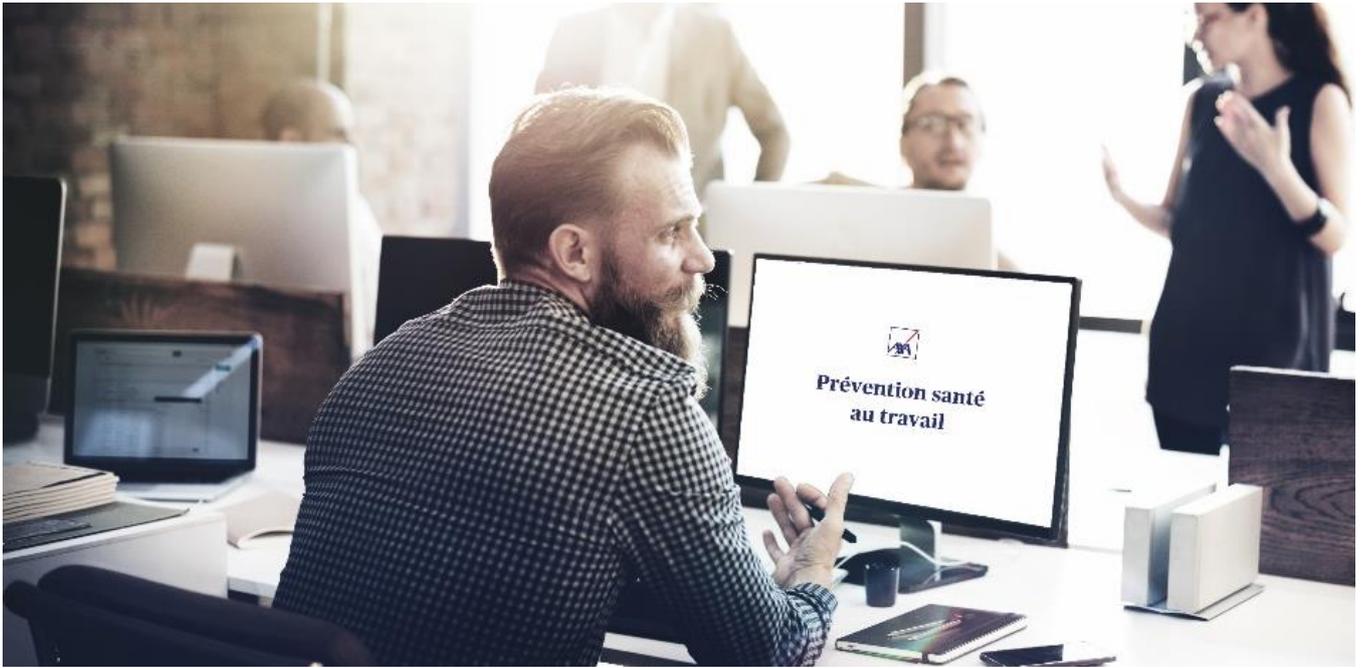
Tem'po intègre également l'ensemble des services Santé innovants AXA : assistant médical, téléconsultation médicale, second avis médical, services d'assistance, ...

-10%

de réduction pour toute souscription dans les trois mois suivant le départ à la retraite.

A laquelle s'ajoute une réduction de 10% pour le conjoint s'il souscrit également.

La réduction avantage continuité et la réduction conjoint sont valables sur toute la durée de l'adhésion et cumulables.



Simplifier vos démarches réglementaires

Un service en ligne permettant aux chefs d'entreprise et aux Ressources Humaines d'évaluer et d'agir sur les risques professionnels pour la santé et la sécurité des salariés et notamment la rédaction du DUERP (Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels)

Ce document est obligatoire pour toutes les entreprises et associations employant au moins 1 salarié.

Les

- Un service en ligne sécurisé
- Une mise en conformité assurée
- La sécurité des salariés préservée
- Un réseau de partenaires de qualité à tarifs préférentiels

Offert en Santé et Prévoyance collectives AXA

Comment y accéder ?



Ce service est accessible dans les conditions et limitations prévues au contrat.



Data MAP – Mesurer, Analyser et Prévenir

Indicateurs clés



Mesurer la santé au travail et améliorer le bien-être des salariés

En inclusion des contrats santé et prévoyance au travers du portail client MAPSO, **des indicateurs clés** actualisés chaque année sur la démographie et l'absentéisme, pour situer l'entreprise par rapport à son secteur d'activité, suivre l'évolution dans le temps afin d'adapter les actions dédiées à l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Les



- Accès simple et direct à 10 indicateurs démographiques et absentéisme
- Indicateurs calculés à partir des données anonymisés issus de la DSN et des CMD
- Comparaison au secteur d'activité issu du portefeuille AXA

Offert en santé et prévoyance collectives :

- < 100 salariés → Indicateurs secteur
- > 100 salariés → Indicateurs entreprises
- 2000 salariés → Indicateurs pathologies

Comment y accéder ?



Disponible sur le portail Mapso

Ce service est accessible dans les conditions et limitations prévues au contrat.



Crise Majeure



Accompagner pour faire face à une crise majeure

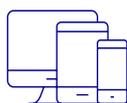
En cas de crise majeure, des spécialistes pour soutenir les salariés, préserver l'image de l'entreprise et maintenir son activité. Pour en bénéficier les évènements doivent être liés au contrat santé ou prévoyance collective.

Les

- Soutien psychologie pour les salariés
- Conseils en communication de crise
- Accompagnement juridique
- Plateforme téléphonique dédiée pour rassurer les clients

Offert en Santé ou Prévoyance collective AXA

Comment y accéder ?



Service déclenchable & accessible 24h/24,
7j/7 au 01 55 92 22 95
ou via votre interlocuteur dédié

Ce service est accessible dans les conditions et limitations prévues au contrat.



Bon pour accord

Si notre proposition a retenu votre attention, il vous suffit, pour y souscrire, de signer le « bon pour accord » ci-dessous.

VOS REFERENCES

Date d'effet : **1er janvier 2024**

Santé Entreprise

Projet
362058

Je reconnais avoir pris connaissance du projet et je donne mon accord :

- pour l'établissement d'un contrat socle responsable
- pour l'établissement d'un contrat surcomplémentaire non responsable facultatif

Date du projet
29/11/2023

Je coche la structure de cotisation souhaitée, décrite au chapitre 3.

Groupe assuré
Ensemble du personnel

	Base	Option 1	Option 2
<input checked="" type="checkbox"/> Cotisation unique pour tous les salariés	✓	✓	✓

Date de validité
31/12/2023

Je précise le mode de financement des cotisations facultatives

- Par mon intermédiaire
- Par appel de cotisation direct auprès de chaque salarié

Fait àPARIS..... Le29/11/2023.....

Signature et cachet de l'entreprise :



6

Les exemples de remboursements



Exemples de remboursements (Informations non contractuelles)

Conformément à notre engagement sur la lisibilité des garanties, vous trouverez ci-dessous les exemples de remboursement (dont les exemples normés) en euros correspondant aux garanties de votre contrat au **1er janvier 2024**. Les montants servant de référence dans les exemples normés sont les tarifs nationaux moyens mis à disposition par l'Union Nationale des Organismes Complémentaire à l'Assurance Maladie (UNOCAM). Ces exemples viennent en complément du régime **général**, en secteur conventionné pour tous les assurés non considérés en Affection Longue Durée (ALD) par la Sécurité sociale.

Base	Montant de référence	Remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement de votre complémentaire santé	Reste à charge	Précisions
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier	20 €	- €	20 €	- €	Hors hospitalisation en milieu psychiatrique
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	422 €	271,70 €	150,30 €	- €	Opération de la cataracte (acte BFGA427). Comme il s'agit d'un acte lourd le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 € qui peut être prise en charge par votre assurance complémentaire.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	463 €	271,70 €	191,30 €	- €	Opération de la cataracte (acte BFGA427). Comme il s'agit d'un acte lourd le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 € qui peut être prise en charge par votre assurance complémentaire.
Dentaire					
Détartrage	43,38 €	26,03 €	17,35 €	- €	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500 €	72 €	428 €	- €	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	550 €	72 €	276 €	202 €	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur molaires	554 €	72 €	276 €	206 €	Prix moyen national de l'acte
Soins courants					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	26,50 €	16,50 €	9 €	1 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	50 €	17,55 €	21,20 €	11,25 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	55 €	17,55 €	15,90 €	21,55 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique sans dépassement d'honoraires	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	52 €	21,05 €	29,95 €	1 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	65 €	15,10 €	29,90 €	20 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un professeur en médecine avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	330 €	47,30 €	89,70 €	193 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Aides Auditives					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950 €	240 €	710 €	- €	Pour adulte de plus de 21 ans
Aide auditive de classe II par oreille	1 565 €	240 €	600 €	725 €	Pour adulte de plus de 21 ans
Aide auditive de classe II par oreille haut de gamme	2 000 €	240 €	600 €	1 160 €	Pour adulte de plus de 21 ans

Base	Montant de référence	Remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement de votre complémentaire santé	Reste à charge	Précisions
 Optique					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125 €	22,50 €	102,50 €	- €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	342 €	0,09 €	279,91 €	62 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil avec une monture au tarif de 142 € et 2 verres au tarif de 200€ (Hors réseau Itelis)

Base + Option 1	Montant de référence	Remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement de votre complémentaire santé	Reste à charge	Précisions
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier	20 €	- €	20 €	- €	Hors hospitalisation en milieu psychiatrique
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	422 €	271,70 €	150,30 €	- €	Opération de la cataracte (acte BFGA427). Comme il s'agit d'un acte lourd le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 € qui peut être prise en charge par votre assurance complémentaire.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	463 €	271,70 €	191,30 €	- €	Opération de la cataracte (acte BFGA427). Comme il s'agit d'un acte lourd le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 € qui peut être prise en charge par votre assurance complémentaire.
Dentaire					
Détartrage	43,38 €	26,03 €	17,35 €	- €	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500 €	72 €	428 €	- €	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	550 €	72 €	336 €	142 €	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur molaires	554 €	72 €	336 €	146 €	Prix moyen national de l'acte
Soins courants					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	26,50 €	16,50 €	9 €	1 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	50 €	17,55 €	31,45 €	1 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	55 €	17,55 €	34,45 €	3 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique sans dépassement d'honoraires	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	52 €	21,05 €	29,95 €	1 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	65 €	15,10 €	40,25 €	9,65 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un professeur en médecine avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	330 €	47,30 €	120,75 €	161,95 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Aides Auditives					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950 €	240 €	710 €	- €	Pour adulte de plus de 21 ans
Aide auditive de classe II par oreille	1 565 €	240 €	750 €	575 €	Pour adulte de plus de 21 ans
Aide auditive de classe II par oreille haut de gamme	2 000 €	240 €	750 €	1 010 €	Pour adulte de plus de 21 ans
Optique					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125 €	22,50 €	102,50 €	- €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	342 €	0,09 €	299,91 €	42 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil avec une monture au tarif de 142 € et 2 verres au tarif de 200€ (Hors réseau Itelis)

Base + Option 2	Montant de référence	Remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement de votre complémentaire santé	Reste à charge	Précisions
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier	20 €	- €	20 €	- €	Hors hospitalisation en milieu psychiatrique
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	422 €	271,70 €	150,30 €	- €	Opération de la cataracte (acte BFGA427). Comme il s'agit d'un acte lourd le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 € qui peut être prise en charge par votre assurance complémentaire.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	463 €	271,70 €	191,30 €	- €	Opération de la cataracte (acte BFGA427). Comme il s'agit d'un acte lourd le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 € qui peut être prise en charge par votre assurance complémentaire.
Dentaire					
Détartrage	43,38 €	26,03 €	17,35 €	- €	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500 €	72 €	428 €	- €	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	550 €	72 €	478 €	- €	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur molaires	554 €	72 €	482 €	- €	Prix moyen national de l'acte
Soins courants					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	26,50 €	16,50 €	9 €	1 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	50 €	17,55 €	31,45 €	1 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	55 €	17,55 €	36,45 €	1 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique sans dépassement d'honoraires	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	52 €	21,05 €	29,95 €	1 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	65 €	15,10 €	48,90 €	1 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un professeur en médecine avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	330 €	47,30 €	262,20 €	20,50 €	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Aides Auditives					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950 €	240 €	710 €	- €	Pour adulte de plus de 21 ans
Aide auditive de classe II par oreille	1 565 €	240 €	1 150 €	175 €	Pour adulte de plus de 21 ans
Aide auditive de classe II par oreille haut de gamme	2 000 €	240 €	1 150 €	610 €	Pour adulte de plus de 21 ans
Optique					
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125 €	22,50 €	102,50 €	- €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	342 €	0,09 €	299,91 €	42 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil avec une monture au tarif de 142 € et 2 verres au tarif de 200€ (Hors réseau Itelis)