

PROPOSITION D'ASSURANCE

B.E.T. Santé



VOTRE ASSUREUR CONSEIL

Nom du Conseiller	RAVIN Anthony
Code apporteur	P09337
Tél. fixe	0143020298
E-mail	anthony.ravin@jadis-assurances.com
N°Orias	07002033



VOTRE ÉTUDE PERSONNALISÉE

Réalisée le 19/04/2023

Raison sociale	AXOO
Forme de l'entreprise	SAS
Adresse	7 RUE DU COLONEL MOLL 75017 PARIS 17 / France
Numéro de SIRET	92187904500018
Code NAF	6202A

VOS DONNÉES ENTREPRISE

Catégorie de personnel à assurer	Ensemble du personnel
Effectif	10

VOS GARANTIES

	SOUSCRIPTION ENTREPRISE	OPTIONS SALARIÉS
	BASE + OPTION 2	BASE + OPTION 3
FRAIS COUVERTS à compter du 01/2020		

HOSPITALISATION ⁽¹⁾ en établissement conventionné ou non ⁽²⁾

Actes remboursés par la Sécurité sociale			
Frais de séjour		200 % BR	300 % BR
Honoraires (y compris la participation forfaitaire sur les actes lourds)	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**		220 % BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	Sans le renfort hospitalisation	200 % BR
		Avec le renfort hospitalisation	400 % BR

Actes non remboursés par la Sécurité sociale			
Forfait journalier hospitalier	Ambulatoire ou nuitée	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
Chambre particulière - en conventionnée ⁽³⁾	Par nuitée	90 €	130 €
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	90 €	130 €
Lit d'accompagnant - en conventionné ⁽³⁾	par nuitée	90 €	130 €
Allocation maternité ou adoption	Doublee en cas de naissance gémellaire	-	400 €

SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non

Actes remboursés par la Sécurité sociale				
Honoraires médicaux	Consultation / visite / consultation en ligne chez un généraliste	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	220 % BR	400 % BR
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	200 % BR	200 % BR
	Consultation / visite / consultation en ligne chez un spécialiste	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	300 % BR	450 % BR
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	200 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**		170 % BR	250 % BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**		150 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale + Actes d'échographie	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**		170 % BR	350 % BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**		150 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux	Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes		100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire			100 % BR	100 % BR
Matériel médical (appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique)			200 % BR	200 % BR
Frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - hors SMUR ⁽⁴⁾)			100 % BR	100 % BR
Médicaments	Médicaments remboursés à 65 %		100 % BR	100 % BR
	Médicaments remboursés à 30 %		100 % BR	100 % BR
	Médicaments remboursés à 15 %		100 % BR	100 % BR

FRAIS COUVERTS à compter du 01/2020

SOUSCRIPTION
ENTREPRISE

OPTIONS SALARIÉS

BASE + OPTION 2

BASE + OPTION 3

SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non
Actes non remboursés par la Sécurité sociale

Médecines douces Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel	Ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue	30 €/séance maxi 4 séances	50 €/séance maxi 5 séances
Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel	Sevrage tabagique - par an et par bénéficiaire	50 €	100 €
	Vaccin antigrippal - par an et par bénéficiaire	Frais réels limités à 15 €	Frais réels limités à 70 €
	Contraception féminine - par an et par bénéficiaire	50 €	100 €
	Equilibre alimentaire & produit diététique - par an et par bénéficiaire	60 €	60 €
	Ostéodensitométrie osseuse remboursée ou non par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	50 €	100 €
	Autres vaccins - par an et par bénéficiaire	90 €	100 €
Assistance Santé		Oui	Oui
Prévention : Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale		TM	TM

DENTAIRE auprès d'un professionnel conventionné ou non - Plafond dentaire applicable sur les prothèses autres que 100 % Santé : limité à 3 prothèses / an / bénéficiaire. Au delà, la garantie sera égale à celle du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.

Actes remboursés par la Sécurité sociale

Soins et prothèses dentaires	Équipement 100 % Santé*	sans reste à payer	sans reste à payer
Soins dentaires	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR	150 % BR
	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie avec dépassements	200 % BR	200 % BR
	Inlay/onlay	200 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires autres que 100 % Santé Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés dans la limite des prix limites de vente (PLV)	Dents du sourire ^(®)	450 % BR	550 % BR
	Dents de fond de bouche ^(®)	350 % BR	450 % BR
	Inlays cores	200 % BR	250 % BR
Prothèses dentaires autres que 100 % Santé Prothèses dentaires à tarifs libres	Dents du sourire ^(®)	450 % BR	550 % BR
	Dents de fond de bouche ^(®)	350 % BR	450 % BR
	Inlays cores	200 % BR	250 % BR
Implantologie Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés dans la limite des prix limites de vente (PLV) et à tarifs libres	Couronne sur implant : dents du sourire ^(®)	450 % BR	550 % BR
	Couronne sur implant : dents de fond de bouche ^(®)	350 % BR	450 % BR
Orthodontie ^(®) par semestre de traitement et par bénéficiaire		350 % BR	450 % BR

Actes non remboursés par la Sécurité sociale

Parodontologie - Par an et par bénéficiaire		300 €	300 €
Prothèses dentaires	Couronne et pilier de bridge sur dents non délabrées (vivantes) - par an et par bénéficiaire	300 €	300 €
Implantologie	Racine et pilier implantaire - par an et par bénéficiaire	500 €	800 €
Orthodontie ^(®)	Au delà de 25 ans sur avis du chirurgien-dentiste consultant de l'organisme assureur - par semestre de traitement et par bénéficiaire	250 % BR (sur la base d'un T090)	350 % BR (sur la base d'un T090)

SOUSCRIPTION
ENTREPRISE

OPTIONS SALARIÉS

FRAIS COUVERTS à compter du 01/2020

BASE + OPTION 2

BASE + OPTION 3

OPTIQUE (6) Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter du 16^e anniversaire (hors situation médicale particulière pour les verres)

Actes remboursés par la Sécurité sociale

			Enfant (- 16 ans)	Adulte	Enfant (- 16 ans)	Adulte
Lunettes (monture + 2 verres ⁽⁷⁾) de Classe A Équipement 100 % Santé*, y compris examen de la vue par l'opticien			Sans reste à payer		Sans reste à payer	
Lunettes (monture + 2 verres ⁽⁷⁾) de Classe B par verre *****	Verre unifocal, sphérique	sphère de -6 à +6	60 €	90 €	75 €	115 €
		sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	95 €	100 €	120 €	125 €
		sphère < -12 ou > +12	100 €	110 €	125 €	140 €
	Verre unifocal, sphéro-cylindrique	cylindre <= +4, sphère de -6 à 0	70 €	100 €	90 €	125 €
		sphère > 0 et (sphère + cylindre) < = +6	70 €	100 €	90 €	125 €
		sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +6	70 €	100 €	90 €	125 €
		cylindre <= +4, sphère < -6	100 €	110 €	125 €	140 €
		cylindre > +4, sphère de -6 à 0	110 €	120 €	140 €	150 €
		cylindre > +4, sphère < -6	120 €	130 €	150 €	165 €
		Verre multifocal ou progressif sphérique	sphère de -4 à +4	125 €	160 €	155 €
	sphère < -4 ou >+4		135 €	170 €	170 €	215 €
	Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	cylindre <= +4, sphère de -8 à 0	145 €	180 €	180 €	225 €
		sphère > 0 et (sphère + cylindre) < = +8	145 €	180 €	180 €	225 €
		sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +8	145 €	180 €	180 €	225 €
		cylindre > +4, sphère de -8 à 0	145 €	180 €	180 €	225 €
		sphère < -8	145 €	180 €	180 €	225 €
Par monture de lunettes *****			100 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (avec au minimum le remboursement du ticket modérateur)			200 € / an / bénéficiaire		350 € / an / bénéficiaire	

Actes non remboursés par la Sécurité sociale

Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale, y compris jetables - Par an et par bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	350 € / an / bénéficiaire
Chirurgie optique réfractive - Par œil	750 €	1 000 €

AIDE AUDITIVE PAR OREILLE renouvellement par appareil tous les 4 ans

Actes remboursés par la Sécurité sociale

A compter du 01/01/2021	Aides auditives de classe I ***	Équipement 100 % Santé*	Sans reste à payer	Sans reste à payer
	Aides auditives de classe II ***	Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité****	1 000 € par oreille (avec un minimum de 100 % BR)	1 000 € par oreille (avec un minimum de 100 % BR)
	Limité à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) - RO + RC	Bénéficiaire à compter du 21 ^e anniversaire		
Jusqu'au 31/12/2020 (avec un minimum de 100 % BR)			1 000 € par oreille	1 000 € par oreille

VOS GARANTIES (SUITE)

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR - SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale.

DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.

TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale).

RC = Régime complémentaire.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €)

* Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

** Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur.

(3) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 60 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(5) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(6) Renouvellement annuel en cas de renouvellement anticipé d'un équipement ou pour les enfants de moins de 16 ans révolus. Renouvellement tous les 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

(7) Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis par les codes LPP de la nomenclature de la Sécurité sociale.

(8) Les dents du sourire correspondent aux dents n° 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44.

(9) Les dents de fond de bouche correspondent aux dents n° 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

Les exemples ci-dessous sont donnés à titre indicatif pour un bénéficiaire adulte résidant en France métropolitaine, respectant le parcours de soins coordonné et non exonéré du ticket modérateur (donc non pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire).

Exemples en 2020

		Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement Malakoff Humanis Option 2	Votre reste à payer
Exemples en 2020					
HOSPITALISATION dans le cadre d'une opération chirurgicale de la cataracte en clinique conventionnée					
Forfait journalier hospitalier (participation financière due pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie)		20 €	Non pris en charge	20 €	0 €
Honoraires du chirurgien	Avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾)	355 €	247,70 €	107,30 €	0 €
	Avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾)	431 €	247,70 €	183,30 €	0 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé ⁽²⁾ (classe A) - 1 monture + 2 verres simples unifocaux					
Monture adulte		30 €	5,40 €	24,60 €	Sans reste à payer
2 verres pour les ≥ 16 ans		95 €	17,10 €	77,90 €	
Total ▶		125 €	22,50 €	102,50 €	
Équipement autre que 100 % santé (Classe B) : 1 monture + 2 verres simples unifocaux					
Monture adulte dans le réseau KALIXIA		116 €	0,03 €	99,97 €	16 €
2 verres simples adultes dans le réseau KALIXIA		144 €	0,06 €	143,94 €	0 €
Total ▶		260 €	0,09 €	243,91 €	16 €
Monture adulte hors du réseau KALIXIA		145 €	0,03 €	99,97 €	45 €
2 verres simples adultes hors du réseau KALIXIA		200 €	0,06 €	179,94 €	20 €
Total ▶		345 €	0,09 €	279,91 €	65 €
DENTAIRE					
Détartrage		28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires - Soins et prothèses 100 % santé ⁽²⁾		500 €	84 €	416 €	Sans reste à payer
Couronne céramo-métallique sur molaires à tarifs libres dans le réseau KALIXIA		495,60 €	75,25 €	301 €	119,35 €
Couronne céramo-métallique sur molaires à tarifs libres hors du réseau KALIXIA		538,70 €	75,25 €	301 €	162,45 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

Les exemples ci-dessous sont donnés à titre indicatif pour un bénéficiaire adulte résidant en France métropolitaine, respectant le parcours de soins coordonné et non exonéré du ticket modérateur (donc non pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire).

Exemples en 2020

		Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement Malakoff Humanis Option 2	Votre reste à payer
AIDES AUDITIVES - Par oreille					
Aides auditives de Classe I jusqu'au 31/12/2020		1 100 €	210 €	890 €	Sans reste à payer
Aides auditives de Classe II jusqu'au 31/12/2020	dans le réseau KALIXIA	1 226 €	210 €	790 €	226 €
	hors du réseau KALIXIA	1 476 €	210 €	790 €	476 €
Aide auditive - par oreille - à compter du 01/01/2021 : à titre indicatif mais pas encore applicable					
Équipement 100 % santé ⁽²⁾ (classe I)		950 €	240 €	710 €	Sans reste à payer
Équipement autre que 100 % santé ⁽²⁾ (classe II)	dans le réseau KALIXIA	1 178 €	240 €	760 €	178 €
	hors du réseau KALIXIA	1 476 €	240 €	760 €	476 €

SOINS COURANTS					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires ⁽³⁾		25 €	16,50 €	7,50 €	1 €
Consultation d'un médecin gynécologue sans dépassement d'honoraires ⁽³⁾		30 €	20 €	9 €	1 €
Consultation d'un médecin gynécologue avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾) ⁽³⁾		44 €	20 €	23 €	1 €
Consultation d'un médecin gynécologue avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾) ⁽³⁾		56 €	15,10 €	29,90 €	11 €

(1) DPTM : Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(2) HP : Humanis Prévoyance

Le détail des prestations et les exemples donnés ne compensent pas la réduction des remboursements Sécurité sociale faisant suite à la législation de l'Assurance maladie, sur les «contrats responsables» :

- forfaits de 1 euro, franchises déduites par la Sécurité sociale des remboursements Sécurité sociale ci-dessous ;

- pénalités financières suite au non respect du parcours de soins coordonné (20 % du Ticket modérateur + franchise de 8 euros).

(3) Participation forfaitaire à payer par l'assuré = 1€

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : Malakoff Humanis Prévoyance

Produit : BUREAUX D'ÉTUDES TECHNIQUES - SANTÉ

Ce document d'information non contractuel présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau des garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

BET Santé est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, souscrit auprès de Malakoff Humanis Prévoyance ayant pour objet de fixer les conditions de remboursement de tout ou partie des frais réellement engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité au profit du personnel salarié relevant de la branche Bureaux d'Études Techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils et sociétés de conseils (N° 1486) et de leurs enfants.

Ce contrat respecte les conditions légales des contrats solidaires et responsables. Le contrat peut être complété par un contrat surcomplémentaire, un contrat individuel au bénéfice des anciens salariés et de leurs ayants droit, ainsi que par un contrat d'extension au bénéfice des conjoints des salariés.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations varient en fonction du niveau de garantie choisi. Ils ne peuvent dépasser les dépenses réellement engagées. Ces informations figurent dans le tableau des garanties joint en annexe de la proposition d'assurance. Les garanties précédées d'une coche verte sont prévues avec toutes les formules.

Garanties incluses dans toutes les formules du contrat

Frais d'hospitalisation

- ✓ Médecine, psychiatrie, chirurgie et obstétrique : Frais de séjour, honoraires dans le cadre/hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, forfait actes lourds
- ✓ Forfait hospitalier
- ✓ Chambre particulière – en conventionné
- ✓ Personne accompagnante – en conventionné

Frais médicaux

- ✓ Consultations – visites généralistes et visites spécialistes dans le cadre/hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- ✓ Pharmacie remboursée
- ✓ Analyses – Acte de biologie
- ✓ Auxiliaires médicaux remboursés par la Sécurité sociale (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)
- ✓ Actes techniques médicaux (petite chirurgie) dans le cadre/hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- ✓ Imagerie médicale dans le cadre/hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- ✓ Orthopédie et autres prothèses
- ✓ Prothèses auditives (par oreille)
- ✓ Transport accepté par la Sécurité sociale

Dentaire

- ✓ Soins dentaires
- ✓ Soins dentaires avec dépassements y compris Inlay/Onlay
- ✓ Orthodontie (acceptée par la Sécurité sociale)
- ✓ Prothèses dentaires (dents du sourire, dents de fond de bouche, Inlays Cores, non remboursées par la Sécurité sociale)
- ✓ Implantologie

Frais d'optique

- ✓ Verre simple ou complexe (à l'unité)
- ✓ Monture
- ✓ Lentilles prescrites acceptées, refusées, jetables
- ✓ Chirurgie réfractive (par œil)

Actes de prévention

- ✓ Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale
- ✓ Assistance santé

Autres garanties et options retenues

Dentaire

- Orthodontie refusée par la Sécurité sociale
- Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale

Autres

Médecines douces : ostéopathe, chiropracteur, pédicure podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue
Patch antitabac ; Vaccin antigrippal ; Contraception féminine
Diététique (prescription par un diététicien ou médecin non prise en charge pas la Sécurité sociale)
Ostéodensitométrie osseuse
Vaccins prescrits non remboursés

Différentes formules avec des niveaux de garanties croissants sont proposées : Option 1 ; Option 2 ; Option 3



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales.
- ✗ La participation forfaitaire et les franchises annuelles.
- ✗ La majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités.
- ✗ Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).
- ✗ Le total des remboursements de Malakoff Humanis Prévoyance, de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales ne peut excéder le montant des dépenses engagées.
- ✗ Les actes effectués antérieurement ou postérieurement à la prise d'effet des garanties.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales restrictions relatives au caractère responsable du contrat :

- ! **Participation forfaitaire de 1 €** sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale.
- ! **Franchise de 2 €** sur les transports sanitaires.
- ! **Franchise de 0,50 €** sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux.
- ! **Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins** (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant/absence de médecin traitant).
- ! Les forfaits ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ainsi, un forfait non utilisé sur une année ne sera pas reporté sur l'année suivante.

Autres restrictions prévues au contrat :

- ! **Optique** : prise en charge d'un équipement optique tous les 2 ans, (1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue).
- ! **Honoraires médicaux** : plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins.
- ! **Prothèses auditives** : 2 prothèses par an maximum.
- ! **Implantologie** : forfait en euros par an et par bénéficiaire.
- ! **Dentaire** : prise en charge limitée à 3 prothèses par an et par bénéficiaire.
- ! **Orthodontie refusée par la Sécurité sociale** : au-delà de 25 ans, la prise en charge est soumise à l'avis du dentiste consultant de l'organisme assureur.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine.
- ✓ Les garanties sont également acquises :
 - aux assurés résidant en France et exerçant leur activité professionnelle à l'étranger dans le cadre d'un déplacement professionnel de moins de trois mois ou à l'occasion d'un détachement au sens de la Sécurité sociale française ;
 - aux assurés résidant à l'étranger, exerçant leur activité professionnelle sur le territoire français et affiliés au régime de Sécurité sociale française.



Quelles sont mes obligations ?

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat et la déchéance de tous droits aux prestations.

● À la souscription du contrat

L'entreprise souscriptrice s'engage à remettre une notice d'information définissant les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir pour obtenir un remboursement aux assurés.

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent compléter et signer un bulletin individuel d'affiliation. Ils doivent ensuite remettre leur bulletin accompagné des pièces nécessaires à l'affiliation à l'entreprise souscriptrice. Cette dernière s'engage à les faire parvenir à Malakoff Humanis Prévoyance dans les meilleurs délais.

Ces documents doivent être retournés à Malakoff Humanis Prévoyance dans les trente jours qui suivent l'entrée des salariés dans la catégorie de personnel assurée.

● En cours de contrat

Le contrat peut être modifié y compris en cours d'année. Les nouvelles conditions prennent alors effet à la date d'effet de l'avenant.

● Pour le versement des prestations

Fournir tous documents justificatifs nécessaires au versement des prestations dans les délais prévus au contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu dans les quinze premiers jours de chaque trimestre civil.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

● Début du contrat

Sous réserve que la demande d'affiliation parvienne à Malakoff Humanis Prévoyance dans les trente jours, les garanties prennent effet :

- à la date du contrat pour les salariés appartenant à la catégorie de personnel assurée à cette date ;
- à la date d'entrée dans la catégorie de personnel assurée (embauche ou promotion) postérieurement à la souscription ;
- au premier jour du mois civil qui suit la réception de la demande d'affiliation, pour les salariés qui bénéficiaient d'une dispense d'affiliation.

● Fin du contrat

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat ;
- à la date de suspension du contrat de travail de l'assuré ;
- à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assurée, sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de la portabilité,
- à la date à laquelle l'ancien salarié cesse de remplir les conditions lui permettant de bénéficier du maintien de portabilité ;
- à la date de la retraite de la Sécurité sociale de l'assuré (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite).



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié par l'entreprise souscriptrice à l'échéance annuelle du 31 décembre par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception envoyée au plus tard le 31 octobre, le cachet de la poste faisant foi.

Coordonnées utiles pour résilier le contrat :

Malakoff Humanis – Résiliation particulier – 78288 Guyancourt Cedex

COTISATION

SOCLE OBLIGATOIRE

STRUCTURE TARIFAIRE	Base + Option 2
Salariés + enfant(s) à charge	73,50 €

OPTIONS AU CHOIX DU SALARIE

Cotisation à la charge du salarié.

EXTENSION CONJOINT SANS SURCOMPLEMENTAIRE

Si vous optez pour la structure tarifaire Extension Conjoint, les salariés pourront étendre leur couverture santé à leur conjoint.

	Base+Option2
Extension Conjoint	67,00 €

EXTENSION CONJOINT ET SURCOMPLEMENTAIRE

Le tarif de l'extension de bénéficiaire lié à une surcomplémentaire se cumule avec celui du socle obligatoire.

Contrat surcomplémentaire responsable

Si la formule du socle obligatoire choisie est Base + Option 2

	Base + Option 3	Renfort hospitalisation
Salariés + enfant(s) à charge	25,00 €	1,75 €
Extension Conjoint	23,00 €	1,50 €

Le tarif est en fonction de la structure familiale de l'assuré :

- Unique : couverture des salariés et enfants à charge.

Contrat surcomplémentaire non responsable

	Renfort hospitalisation
Unique (Sal. + Enf.)	1,75 €
Extension Conjoint	1,50 €

Le renfort hospitalisation est "non responsable". S'agissant d'une garantie "non responsable", son adhésion expose l'entreprise à une absence de déduction des charges sociales sur la participation patronale de son financement. Le taux de la taxe sur les conventions d'assurance sera donc majoré, passant de 13,27% à 20,27%.

CO-0500/CF-0500/CA-8820.0/SR-/ER-



Vos services

Malakoff Humanis propose des services concrets et efficaces pour vous accompagner ainsi que vos salariés au quotidien.

Quelques exemples de services pour vous, entreprise...

Simulateur absentéisme

Grâce à son "simulateur en ligne", Malakoff Humanis vous aide, à partir du profil démographique de votre entreprise, à :

- calculer les indicateurs d'absentéisme, à partir d'un benchmark d'entreprises du même secteur d'activité,
- évaluer les coûts directs (remplacement du salarié arrêté...) et indirects (désorganisation de l'entreprise...),
- construire un plan d'actions préventif.

Autodiagnostic prévention santé sécurité

Il vous permet, dès le premier salarié, de faire le point sur vos obligations légales en matière de santé et de sécurité au travail. Il permet de :

- vérifier si vous êtes à jour de vos obligations légales,
- disposer de conseils pratiques,
- vous comparer à des entreprises de taille et de secteur similaire.

Quelques exemples de services pour vos salariés...

Espace client particulier

L'Espace client personnel et sécurisé permet à vos salariés d'accéder à tous leurs services et avantages 7j/7 et 24h/24.

Chaque assuré dispose d'un compte confidentiel regroupant l'ensemble des informations concernant son contrat santé (consulter ou estimer leurs remboursements, bénéficier d'une analyse de leurs dépenses et trouver les professionnels de santé partenaires les plus proches de chez eux...).

Des réseaux de professionnels partenaires

Premier réseau de France en optique, audio et dentaire, Kalixia vise à optimiser les dépenses de santé de vos salariés en les orientant vers des professionnels pratiquant des tarifs négociés.

Ce partenariat permet en plus, à vos salariés, de réduire leur reste à charge.

2018, le réseau s'est enrichi d'une nouvelle spécialité avec l'ostéopathie : KALIXIA Ostéo.