

NOUS CONTACTER

VOTRE INTERMÉDIAIRE CBT JADIS ET ASSOCIES

71 AVENUE DE LA RESISTANCE

BP 15

93341 LE RAINCY CEDEX

Code FIA 62502

☎ **0143027209**

N° ORIAS 07002033

orias.fr

Notre proposition

Adaptalia Bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils, sociétés de conseils Santé

Numéro projet : **1405047**

Formule : **Confort**

Pour **Ensemble du personnel**

Structure de cotisation : **Salarié seul et enfant(s)**

Cotisations :

Salarié seul et enfant(s) : 2,57 % PMSS

Conditions générales : **966664K**

969229I

Pour la société :

PLAY IT BY EAR

Siret : **52184740000012**

Adresse :

89 RUE DE REUILLY

VILLA RAYMOND

75012 PARIS 12

Le 19/04/2023



1. LES GARANTIES PROPOSÉES

Quelles sont les garanties proposées ?

Les remboursements ci-dessous **viennent compléter** ceux de la Sécurité sociale française 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 française. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.

	Base	Formule 1	Formule 2	Formule 3
	Responsable	Non Responsables - Facultatives		
	en complément des remboursements de la Sécurité sociale	en complément des remboursements de la Base		
Hospitalisation (y compris frais de maternité)				
Forfait journalier hospitalier - Base : par journée ou par nuitée	100% FR - MR			
Chambre particulière				
Chambre particulière (par jour) - Base : y compris en ambulatoire et en secteur conventionné uniquement	90 euros	15 euros	45 euros en secteur conventionné uniquement	40 euros
Frais d'accompagnement				
Personne accompagnante (par jour) - Base : en secteur conventionné uniquement	90 euros	15 euros	45 euros en secteur conventionné uniquement	40 euros
Forfait actes lourds	100% forfait			
Frais de séjour				
Frais de séjour dans un établissement conventionné	200% BR - MR	25% BR	25% BR	100% BR
Frais de séjour dans un établissement non conventionné	200% BR - MR	25% BR	25% BR	100% BR
Honoraires				
Médecins adhérents à l'un des DPTAM	220% BR - MR	25% BR	25% BR	305% BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTAM	200% BR - MR	225% BR	225% BR	200% BR
Hospitway				
Pour préparer au mieux votre hospitalisation ou celle d'un proche, le service Hospitway vous permet de faire une recherche d'établissement parmi 200 pathologies sur la zone géographique souhaitée. Les données sont issues des 20 millions d'hospitalisations en France, à la fois lourdes et fréquentes.	Oui			
Soins Courants				
Maternité				
Forfait maternité (par enfant, en cas de naissances ou d'adoptions multiples le forfait est doublé)	Non garanti	non garanti	non garanti	400 euros

	Base	Formule 1	Formule 2	Formule 3
	Responsable	Non Responsables - Facultatifs		
	en complément des remboursements de la Sécurité sociale	en complément des remboursements de la Base		
Honoraires médicaux				
Consultation ou visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	220% BR - MR	50% BR	120% BR	180% BR
Consultation ou visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	200% BR - MR	30% BR	100% BR	
Consultation ou visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	300% BR - MR	25% BR	105% BR	150% BR
Consultation ou visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	200% BR - MR	25% BR	25% BR	
Actes techniques médicaux, et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	170% BR - MR	20% BR	20% BR	80% BR
Actes techniques médicaux, et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	150% BR - MR	20% BR	20% BR	50% BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale	100% BR - MR			
Matériel médical				
Appareillages, prothèses, produits et prestations, non pris en charge au titre des postes prothèses dentaires, auditives et optiques	200% BR - MR	25% BR	25% BR	
Imagerie médicale				
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	170% BR - MR	45% BR	70% BR	180% BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	150% BR - MR	25% BR	50% BR	50% BR
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR - MR			
Honoraires paramédicaux				
Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	100% BR - MR			
Médicaments				
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR - MR			
Diététique non remboursée par la Sécurité sociale et prescrite par un diététicien ou un médecin - Base : par année civile	60 euros	non garanti	60 euros par année civile	

	Base	Formule 1	Formule 2	Formule 3
	Responsable	Non Responsables - Facultatifs		
	en complément des remboursements de la Sécurité sociale	en complément des remboursements de la Base		
Moyens contraceptifs féminins prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale (forfait global par année civile)	50 euros	non garanti	50 euros	50 euros
Médicaments homéopathiques prescrits figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (par an et par bénéficiaire)	60 euros			
Médecines non conventionnelles				
Médecine douce réalisée par un praticien disposant d'un numéro ADELI, RPPS ou FINESS (par année civile)	30 euros par séance	30 euros par séance dans la limite de 3 séances par an	30 euros par séance dans la limite de 4 séances par an	50 euros par séance dans la limite de 5 séances par an
- Base : Spécialités prises en charge : Ostéopathie, Chiropractie, Pédiçurie-podologie, Acupuncture, Diététique, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie, dans la limite de 4 séances par an				
Prévention				
Tout acte de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale	100% BR - MR	Oui	Oui	Oui
- Base : Remboursement minimum, sinon remboursement selon le poste auquel il est rattaché.		selon le poste auquel il est rattaché		
Vaccins prescrits par un médecin non pris en charge par la Sécurité sociale dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché (par année civile)	90 euros	non garanti	90 euros	10 euros
Vaccin antigrippe	15 euros	non garanti	15 euros	55 euros
- Base : par année civile, sur prescription du médecin		par année civile, sur prescription du médecin		
Ostéodensitométrie / Densitométrie osseuse non prise en charge par la Sécurité sociale	50 euros	non garanti	50 euros	50 euros
- Base : par année civile, sur prescription du médecin		par année civile, sur prescription du médecin		
Médicaments et produits à base de nicotine, non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans un but de sevrage tabagique, avec autorisation de mise sur le marché ou norme Afnor, par année civile	50 euros	non garanti	50 euros	50 euros
Les séances d'activité physique prescrites et adaptées aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique. 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	200 euros			
Autres postes				
Frais de Transports	100% BR - MR			

	Base	Formule 1	Formule 2	Formule 3
	Responsable	Non Responsables - Facultatives		
	en complément des remboursements de la Sécurité sociale	en complément des remboursements de la Base		
Cure thermale : frais médicaux, frais de séjour et frais de transport (forfait par année civile)				
Téléconsultation				
La Téléconsultation Médicale permet aux salariés de consulter un médecin par téléphone ou vidéo 24/7. Numéro de téléphone sans surcoût Depuis la France : 36 33 / Depuis l'étranger : +33 1 55 92 27 54	Oui			
My Easy Santé				
Le programme de prévention digital My Easy Santé vous aide à préserver, améliorer votre santé au quotidien et réduire vos facteurs de risque.	Oui			
Dentaire				
Soins et prothèses 100% Santé	100% PLV - MR			
Soins (hors 100% Santé)				
Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie pris en charge par la Sécurité sociale	200% BR - MR	50% BR	50% BR	
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par année civile)	300 euros	200 euros	300 euros	
Prothèses (hors 100% Santé)				
Prothèses à tarifs limités - Base : y compris dents du sourire, dents de fond de bouche, Inlays cores (dans la limite de 100% PLV-MR)	450% BR - MR	50% BR y compris dents du sourire, dents de fond de bouche, Inlays cores (dans la limite de 100% PLV-MR)	200% BR	100% BR
Prothèses à tarifs libres - Base : Y compris dents du sourire, dents de fond de bouche, Inlays cores. Le remboursement des prothèses dentaires est limité à 3 prothèses par année civile, au-delà nous garantissons 125% BR-MR	450% BR - MR	50% BR Y compris dents du sourire, dents de fond de bouche, Inlays cores.	200% BR	100% BR
Orthodontie				
Orthodontie prise en charge	350% BR - MR	50% BR	100% BR	100% BR
Orthodontie non prise en charge (par semestre et par bénéficiaire) - Base : Le remboursement est reconstitué sur la base du TO90.	250% BR Reconstituée	250% BR Reconstituée Le remboursement est reconstitué sur la base du TO90.	250% BR Reconstituée	100% BR Reconstituée
Implantologie dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale				
Implants dentaires - Base : par année civile	500 euros	non garanti	non garanti par année civile	300 euros
Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité sociale				

	Base	Formule 1	Formule 2	Formule 3
	Responsable	Non Responsables - Facultatifs		
	en complément des remboursements de la Sécurité sociale	en complément des remboursements de la Base		
Couronne et pilier de bridge sur dents non délabrées (forfait annuel)	300 euros	50 euros	150 euros	
Optique				
Verres et monture				
Equipements 100 % Santé	100% PLV - MR			
Equipements à tarif libre avec des Verres Simples	350 euros - MR	40 euros	110 euros	
Equipements à tarif libre avec des Verres Complexes	510 euros - MR	40 euros	130 euros	40 euros
Equipements à tarif libre avec des Verres Très complexes	530 euros - MR	40 euros	130 euros	40 euros
dont un remboursement de la monture à tarif libre (Classe B) limité à :	100 euros - MR			
<p>Nous limitons notre prise en charge à 1 monture et 2 verres tous les deux ans à compter de 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 L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue : la modification de correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans. Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe.</p>				
<p>Verres simples: Avec verres uni-focaux Sphère entre -6 et 6 Sphérocyindrique entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4 Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 6 Verres complexes : Avec verres uni-focaux, 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 Avec verres multifocaux Sphère entre -4 et 4 Sphérocyindrique entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4 Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 8 Verres très complexes : Avec verres multifocaux Sphère hors zone -4 et 4 Sphérocyindrique entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4 Sphérocyindrique < -8 et Cylindre sup = 0,25 Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 8</p>				
Autres postes Optique				
Lentilles de contact correctrices, prises en charge par la Sécurité sociale (y compris jetables) - Base : forfait global par an, au delà la garantie des lentilles prises en charge est de 100% BR-MR	200 euros	15 euros	115 euros	150 euros
			par an et par bénéficiaire	
Lentilles de contact correctrices, prescrites, non prises en charge par la Sécurité sociale (y compris jetables) - Base : par an et par bénéficiaire	200 euros	15 euros	115 euros	150 euros
			par an et par bénéficiaire	
La chirurgie réfractive (forfait par œil et par année civile)	750 euros	100 euros	150 euros	250 euros

Base	Formule 1	Formule 2	Formule 3
Responsable	Non Responsables - Facultatifs		
en complément des remboursements de la Sécurité sociale	en complément des remboursements de la Base		

Itelis

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

Oui

Aides Auditives

Aides auditives

Equipelement 100% Santé	100% PLV - MR			
Equipelement à tarif libre de classe 2 pour les adultes	1240 euros - MR	150 euros	550 euros	
Equipelement à tarif libre de classe 2 pour les enfants	1700 euros - MR	150 euros	300 euros	
Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.				
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	200% BR - MR	25% BR	25% BR	

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 = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale française.

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

MR = Montant Remboursé par la Sécurité sociale française.

TM = Ticket modérateur est égal à la Base de Remboursement (BR) – Montant Remboursé (MR) par la Sécurité sociale française, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

BR-MR = Base de Remboursement (BR) – Montant Remboursé (MR) par la Sécurité sociale française, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

FR-SS = Frais Réel – Remboursement de la Sécurité sociale française (SS) : cela signifie que la garantie couvre la totalité des dépenses engagées par l'assuré, à l'exception de la part remboursée par la Sécurité sociale française.

Euros = Montant remboursé par la Complémentaire santé sous la forme d'un forfait en euros.

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

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 française (**MR**).

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 française (**MR**).

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

Équipements 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 française (**MR**).

Optique

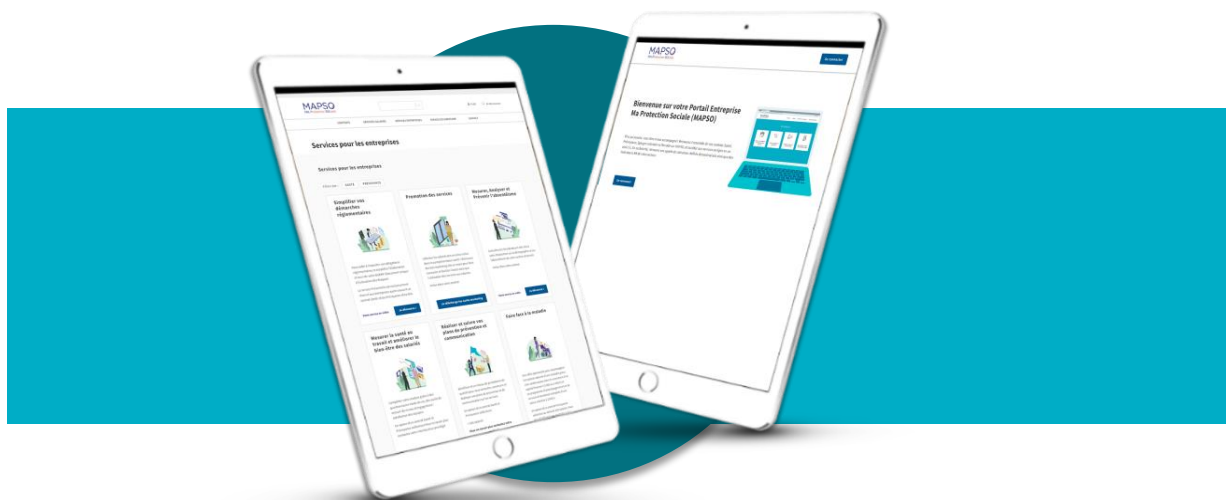
Équipements 100% Santé : Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel 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 française (**MR**).

En cas d'équipement mixte 100 % santé et à tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100 % santé.

2. LES SERVICES SANTÉ ET BIEN ÊTRE INCLUS

Votre Espace Ma Protection Sociale (MAPSO)

Un point d'entrée unique pour accéder et gérer vos contrats collectifs en toute autonomie.



Des démarches santé simplifiées et des délais de traitement plus rapides !

- ▶ Gérez le personnel
 - Enregistrer la pré-affiliation d'un nouveau salarié ou Créer une adhésion
 - Consulter la liste des salariés
 - Ajouter un ayant droit à tout moment
 - Extraire l'intégralité des informations au format Excel
- ▶ Gérez les cotisations et vos modalités de paiement
- ▶ Consultez vos documents et pièces contractuelles
- ▶ Accédez aux services pour les salariés et pour votre entreprise
- ▶ Contactez-nous

> Comment accéder à votre espace ?

Lors de votre 1^{ère} connexion :

1 **Connectez-vous** via le lien d'activation reçu sur le courriel de bienvenue MAPSO.
À défaut, contactez le service client au 09 69 39 38 36

2 **Cliquez sur le lien d'activation** du mail et choisissez votre code confidentiel

Accédez à votre Espace MAPSO sur :
<https://entreprise.ma-protectionsociale.fr>

Espace MAPSO

Vos services Entreprises

AIDE À LA RÉDACTION DU DUERP

Simplifiez vos démarches réglementaires



Un outil pour vous aider à la rédaction du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) de manière simple, rapide et digitalisée. Supervisez la mise à jour obligatoire du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

Les +

- Un service en ligne sécurisé
- Une mise en conformité assurée
- La sécurité des salariés préservée

Offert en Santé et Prévoyance collectives AXA

10 INDICATEURS CLÉS ANNUELS

Comprendre la démographie et l'absentéisme de votre entreprise



Des indicateurs pour vous aider à mieux comprendre la démographie et l'absentéisme de votre entreprise et vous comparer à votre secteur pour détecter des situations de vigilance.

Les +

- Des données protégées et traitées dans le respect des normes RGPD
- Un benchmark sectoriel couvrant 2,5M de salariés répartis en 25 secteurs d'activité

Offert en Santé et Prévoyance collectives AXA

SOUTIEN EN CAS DE CRISE

Soyez accompagnés face à une crise majeure



Bénéficiez d'un accompagnement et de conseils pour vous aider à préserver votre image, maintenir votre activité et soutenir les salariés dans ces moments difficiles. Pour en bénéficier, l'évènement déclencheur doit être lié au contrat santé collective.

Les +

- Conseils en communication de crise
- Accompagnement juridique
- Une ligne d'écoute dédiée pour les salariés

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

Offert en Santé et Prévoyance collectives AXA



Accédez à vos services sur votre Espace Mapso

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

La Déclaration Sociale Nominative (DSN)



Bien démarrer avec la Déclaration Sociale Nominative (DSN)

- ▶ Gain de temps et fiabilité sur la déclaration des effectifs
- ▶ Calcul automatique des cotisations
- ▶ Pas de bordereau d'appel de cotisations à compléter
- ▶ Retrouvez vos justificatifs de déclaration sur MAPSO

Comment envoyer une DSN à AXA ?

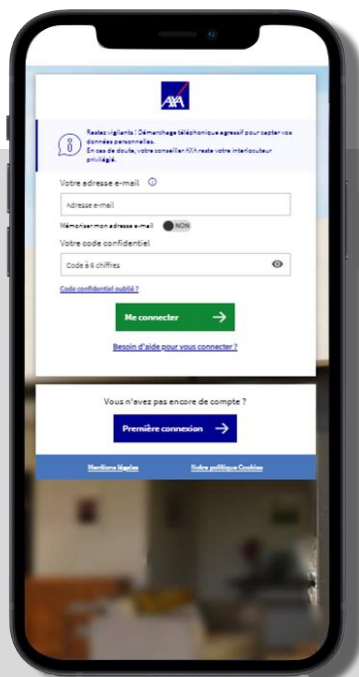
- 1** A J+1 de la date de mise en gestion (mardi au samedi, hors jours fériés), vous **recevrez une notification pour télécharger** la fiche de paramétrage depuis le site www.Net-Entreprises.fr. La fiche est accessible pour l'expert-comptable via le site www.jedeclare.com
- 2** **Configurez** votre logiciel de paie en utilisant la fiche de paramétrage.
- 3** **Procédez** aux tests habituels via l'outil DSN-FPOC pour vérifier le paramétrage AXA - www.dsn-fpoc.fr avant de déposer votre DSN. Elle sera ainsi transmise à AXA.

Pour toute question concernant la DSN :

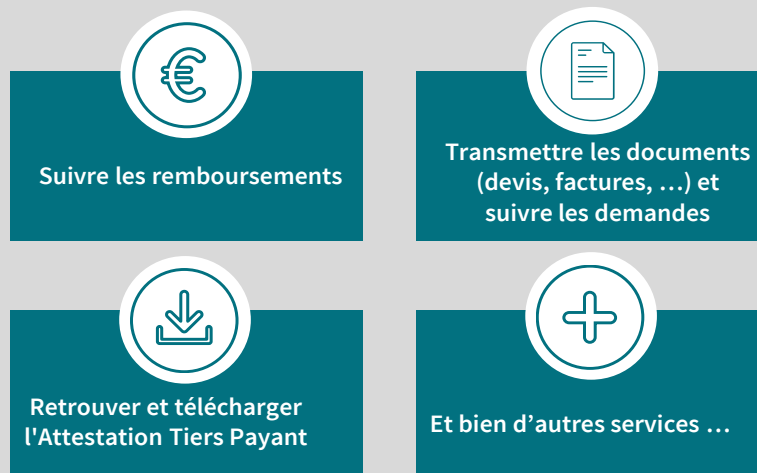
service.dsn@axa.fr

09.69.39.38.36 choix 2

Pour les salariés



L'espace client qui simplifie le quotidien des salariés



Disponible sur l'Espace Client

Angel, leur univers médical dédié

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



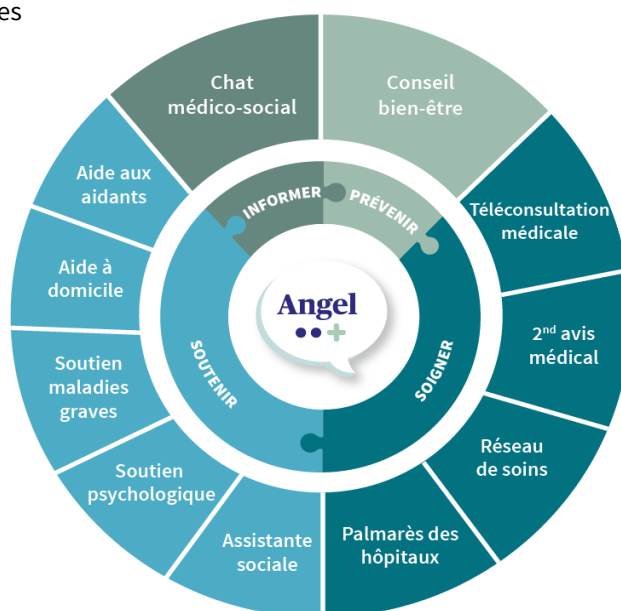
Depuis **l'Espace Client**
ou sur **angel.fr**



3633
depuis la France
(coût d'un appel local)



+33 1 55 92 27 54
Depuis l'étranger



Les +

- Obtenir des réponses à toutes leurs questions Santé et préserver leur forme
- Consulter un médecin à distance, 24h/24, 7j/7
- Eclairer leurs décisions médicales
- Soigner leur budget santé
- Préparer une hospitalisation
- Être accompagné et écouté dans les moments importants ou difficiles

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

Aide à domicile



Formule PREMIUM

AXA accompagne les salariés à chaque étape de leur vie et particulièrement dans les moments difficiles grâce à des services d'assistance complets.

RAPATRIEMENT MÉDICAL en cas d'atteinte corporelle grave à plus de 50 kms du domicile

Prise en charge du rapatriement sanitaire ⁽¹⁾ par le moyen de transport adapté :

- Soit vers le centre hospitalier le mieux adapté à l'état de santé
- Soit vers le centre hospitalier le plus proche du domicile
- Soit vers le domicile

(1) La décision du rapatriement est prise en fonction des seuls impératifs médicaux

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 €/nuit 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)

MATERNITÉ (séjour supérieur à 5 jours)

Informations et conseils médicaux en puériculture

Proche au chevet : dans la limite de 80€/ nuit pour 3 nuits, si aucun membre de la famille ne se trouve dans un rayon de 50 km du lieu de domicile du bénéficiaire concerné.

Aide à domicile : l'accomplissement des tâches quotidiennes (ménage, achats quotidiens, préparation des repas) dans la limite de 10h dans les 30 jours suivant la date d'entrée en maternité pour les naissances multiples ou grossesse pathologique).

EN CAS DE MALADIES GRAVES (Cancer, Sclérose en plaques, Maladie de Parkinson, Transplantation d'organes majeure, Accident Vasculaire Cérébral, Maladies coronariennes, Insuffisance rénale dialysée en phase terminale)

DÈS L'ANNONCE DE LA MALADIE :

Des conseils précieux

- Partage des craintes ou des questions avec des associations de patients
- Présentation d'aides sociales

PENDANT LE TRAITEMENT :

Un soutien moral

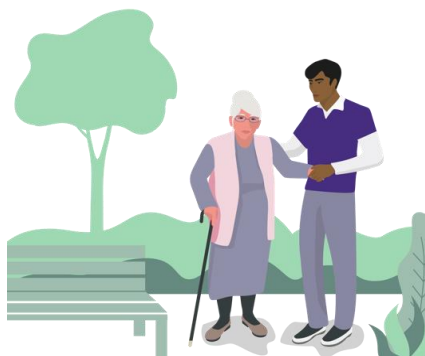
- Coaching diététique (1 entretien)
- Coaching psychologique (2 entretiens)

Un soutien matériel

Aide à domicile (organisation et mise en œuvre des services dans la limite globale de 40h) : Aide-ménagère, Garde malade, Garde d'enfants, etc.

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

Aide aux aidants



Le salarié prend soin d'un parent dépendant, d'un conjoint invalide ou d'un enfant handicapé ?

Un care manager l'accompagne pour l'aider à concilier au mieux son activité professionnelle et son rôle d'aidant familial.

La personne aidée peut être son conjoint, ses parents (ou ceux de son conjoint), ses enfants (ou ceux de son conjoint).

EVALUER SES BESOINS

- Diagnostic de la situation, y compris médicale
- Plan d'actions (transmis sous 48h) et solutions de financement

SIMPLIFIER SON QUOTIDIEN

- Aide aux démarches administratives
- Mise en œuvre et suivi des prestataires
- Aide à la recherche d'établissement spécialisé

PROTEGER SA SANTE

Des solutions de répit pour relayer l'aidant ⁽¹⁾:

- 10h d'aide ménagère ou auxiliaire de vie (en cas d'hospitalisation de +48h ou immobilisation de +5 jours)
- 10h d'auxiliaire de vie en cas de besoin de répit
- Recherche hébergement pour 7 jours
- Soutien psychologique (5 entretiens de 30 min)

⁽¹⁾ La personne dépendante doit être classée entre GIR 1,2 et 3 et taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 80 %.

Offre Privilège Salarié



En tant qu'employeur vous avez choisi AXA pour la protection sociale des salariés. Savez-vous qu'à ce titre, ils ont accès à une large gamme d'offres à des conditions privilégiées ?

Contactez votre interlocuteur habituel pour plus d'informations.



Offre Tem'po

En plus, **en cas de départ à la retraite, les 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 seniors pour répondre aux nouveaux besoins (ex : traitement de la Dégénérescence maculaire liée à l'âge, forfait examens préventifs, vaccins du voyage...)

L'Option Santé +, pour une meilleure prise en charge sur certaines prestations :

- 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 : téléconsultation médicale, second médical, ...

-10%

de réduction pour toute souscription dans les trois mois suivant le départ de l'entreprise.

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.



Contactez votre interlocuteur habituel pour plus d'informations.

3. LES TAUX DE COTISATIONS

Qui sont les bénéficiaires du contrat ?

Vous avez choisi de couvrir les salariés avec leurs ayants droit

- l'assuré ;
- ses enfants et ceux de son conjoint ;
 - s'ils sont à votre charge (ou à celle de votre 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, sont à la recherche d'un premier emploi et 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 l'une des allocations pour personne handicapée (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 21^e anniversaire.

Quel est le taux de cotisation appliqué ?

Notre proposition de cotisation

La cotisation ci-dessous est susceptible d'être modifiée en fonction de l'évolution de la réglementation lorsqu'elle modifie les conditions contractuelles ou la portée de nos engagements.

La cotisation correspond à une couverture pour chaque salarié avec l'ensemble de ses ayants droit, bénéficiaires du contrat.

	Base	Formule 1	Formule 2	Formule 3
	Responsable	Non Responsables - Facultatifs		
		Cotisations supplémentaires à celle de la Base		
Cotisation Salarié seul et enfant(s)				
- pour le salarié avec ses enfants	2,57 % PMSS (soit 94,22 €/mois *)	12,00 euros	27,50 euros	25,00 euros

L'ensemble des ayants droit défini au paragraphe Bénéficiaires ci-dessus est couvert.

* Ce montant est calculé sur la base du plafond mensuel de la Sécurité sociale égal à 3666 euros en 2023.

La cotisation est exprimée en pourcentage du plafond annuel de la Sécurité sociale française en vigueur au 1^{er} janvier de chaque année d'assurance.

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

Les éventuelles cotisations facultatives, exprimées en euros, sont à la charge du salarié et 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 est révisée votre cotisation ?

La cotisation est révisée 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.

La cotisation pourra également être revue 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.).

À quelle date régler les 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 par appel direct auprès de chaque salarié. Dans ce cas, les cotisations sont payables mensuellement d'avance par prélèvement automatique.

Informations générales relatives à l'ensemble des contrats d'assurance santé couverts par AXA France Vie en 2021

Ratio prestations sur cotisations HT : 82,40 %

Ratio frais de gestion sur cotisation HT : 16,30 %

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.

NOUS CONTACTER

VOTRE INTERMÉDIAIRE CBT JADIS ET ASSOCIES

71 AVENUE DE LA RESISTANCE
BP 15
93341 LE RAINCY CEDEX
Code FIA 62502
☎ **0143027209**
N° ORIAS 07002033
orias.fr



Assurance et Banque

PLAY IT BY EAR
89 RUE DE REUILLY
VILLA RAYMOND
75012 PARIS 12

LE 19 AVRIL 2023

VOS RÉFÉRENCES

Document à conserver

Votre Projet
n° **1405047**

Nom produit
**Adaptalia Bureaux d'études
techniques, cabinets
d'ingénieurs-conseils, sociétés
de conseils Santé**

Formule
Confort

Groupe assuré
Ensemble du personnel

Structure de cotisation
Salarié seul et enfant(s)

Cotisations
**Salarié seul et enfant(s) : 2,57
% PMSS**

Conditions générales
**966664K
969229I**

Date de fin de validité du projet
31/12/2023

BON POUR ACCORD



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

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

- pour l'établissement du contrat socle obligatoire avec une base de cotisation en Salarié seul et enfant(s).
- pour l'établissement du contrat surcomplémentaire facultatif dont la cotisation est à la charge des salariés.

Date d'effet souhaitée du contrat

Fait àLe.....

Signature et cachet de l'entreprise :

1D0581-230419

