

CONTRAT 100% Santé

RETRAITE PORTABILITÉ

UN CONTRAT 100% SANTÉ C'EST QUOI ?

Pour être responsable et bénéficier d'une taxation réduite, un contrat collectif " frais de santé " doit respecter des exigences sur les remboursements des frais d'optique, dentaires et d'audiologie :

- Un socle de prestations remboursées à 100% (aucun reste à charge).
- Des prestations avec des plafonds de remboursement et donc un reste à charge maîtrisé.

La CFE-CGC a signé l'avenant à l'accord d'entreprise intégrant ces nouvelles dispositions.

Les prestations se trouvent sur les pages suivantes.

UNE DOUBLE PROTECTION POUR CEUX QUI QUITTENT L'ENTREPRISE

➤ PORTABILITÉ DU CONTRAT PRÉVOYANCE ET SANTÉ

- En cas de rupture du contrat de travail (hors licenciement pour faute lourde ou démission).
- Sous réserve d'ouverture des droits à l'assurance chômage.

Le salarié et ses ayants droits continuent de bénéficier gratuitement des prestations du contrat collectif de prévoyance, pendant sa période d'indemnisation chômage pour une durée maximale égale à la durée de son dernier contrat de travail, avec un plafond de 1 an.

Le salarié devra signaler à IPECA son inscription à Pôle Emploi.

➤ MAINTIEN DE LA COUVERTURE SANTÉ (LOI EVIN)

Pour tous les salariés quittant l'entreprise pour cause d'incapacité, d'invalidité, de licenciement et surtout de RETRAITE, la loi leur permet de continuer à bénéficier des prestations de remboursements des "frais de santé", mais, avec des cotisations adaptées.

Durée : sans limite.

Qui est concerné ? Le salarié uniquement , les ayants-droit ne sont plus couverts (sauf en cas de décès du salarié, pendant une durée de 12 mois).

Quel coût ? La cotisation est plus élevée que celle payée en activité car elle doit au moins intégrer la part "patronale" !

Comment ? Le salarié intéressé doit faire la demande à IPECA dans les 6 mois suivant la fin de son contrat de travail ou la fin de la période de "portabilité des droits". Une proposition de cotisations lui sera transmise, sachant que l'augmentation est plafonnée sur les 3 premières années.

IPECA PROPOSE DES CONTRATS ADAPTÉS POUR LES RETRAITÉS

Ces contrats spécifiques adaptés à vos besoins permettent de conserver des remboursements de très bon niveau, sans période de carence, et d'avoir accès à de nombreux services, avec des cotisations non indexées sur l'âge.

**Besoin d'informations complémentaires,
contactez votre section syndicale CFE-CGC !**



FRAIS MEDICAUX - PARAMEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

Honoraires médicaux		
➤ Consultation généraliste :	Signataire de l'OPTAM	220 % BR
	Non signataire de l'OPTAM	200 % BR
➤ Consultation spécialiste :	Signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO	220 % BR
	Non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Petits actes techniques :		
	Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	220 % BR
	Non signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	200 % BR
Imagerie médicale :		
	Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	220 % BR
	Non signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	200 % BR
Honoraires d'auxiliaires médicaux		200 % BR
Analyses et examens en laboratoire		200 % BR
Sage femme		200 % BR
Frais pharmaceutiques		100 % BR
Appareillages orthopédiques et autres appareillages (hors aide auditive et dentaire)		200 % BR
Appareillage auditif (terme de cette garantie au 31 décembre 2020)		200 % BR
Frais de transport		100 % BR
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale		16 % PMSS par cure En complément des prestations de la Sécurité sociale et dans la limite des frais restant à charge
Cures thermales non remboursées par la Sécurité sociale		16 % PMSS par cure dans la limite des frais réels

100% Santé

100% Santé

OPTIQUE

Equipements 100 % santé * (Classe A)	SS et TM inclus
Verre	100 % des FR Dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés pour la classe à prise en charge renforcée
Monture	
Supplément	
Appairage	
Adaptation	
* tels que définis réglementairement (cf le paragraphe relatif au Contrat solidaire et responsable défini dans la présente notice)	
Equipements hors 100 % santé (Classe B)	SS et TM inclus
Verre simple :	
- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries	70 €
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et le cylindre ≤ à +4,00 dioptries	Par verre
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et la somme S (sphère + cylindre) est ≤ à 6,00 dioptries	
Verre complexe:	
- Verre unifocal sphérique - sphère hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries	160 € Par verre
- Verre unifocal sphéro-cylindrique - sphère comprise entre -6,00 et 0 dioptries et cylindre > à +4,00 dioptries	
- Verre unifocal sphéro-cylindrique - sphère < à -6,00 dioptries et cylindre ≥ à 0,25 dioptries	
- Verre unifocal sphéro-cylindrique - sphère positive et dont la somme S est > à 6,00 dioptries	
- Verre multifocal ou progressif sphérique - sphère comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries	
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique - sphère comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et cylindre ≤ à +4,00 dioptries	
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindriques - sphère positive et dont la somme S est ≤ à 8,00 dioptries	
Verre hyper complexe:	
- Verres multifocaux ou progressifs sphériques - sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries	220 € Par verre
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques - sphère comprise entre -8,00 et 0 dioptries et cylindre > à +4,00 dioptries	
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est < à -8,00 dioptries et dont le cylindre est > ou égal à 0,25 dioptrie ;	
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est > à 8,00 dioptries.	
Monture	100 €
Adaptation	100 % BR
Supplément	100 % BR
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	185 % BR, avec un minimum de 50 % des frais réels
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale Prestation maximum versée pour 2 yeux par année civile et par bénéficiaire	400 % BR que la Sécurité sociale aurait appliqué à une lentille corrective si elle avait été prise en charge.
Opération de la myopie au laser	100 € par œil traité

100% Santé

100% Santé

100% Santé

100% Santé

100% Santé

DENTAIRE

Soins	200 % BR
Prothèses 100 % santé *	100 % FR <i>dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés</i>
Prothèses	
Prothèses du panier maîtrisé	330 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés
Prothèses du panier libre	330 % BR
Inlays onlay	
Inlay onlay du panier maîtrisé	200 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés
Inlay onlay du panier libre	200 % BR
Prothèse non remboursée par la Sécurité sociale	330 % BR reconstruité
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	350 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR reconstruité

**tels que définis réglementairement (cf. le paragraphe relatif au Contrat solidaire et responsable défini dans la présente notice)*

FRAIS D'HOSPITALISATION

SÉJOURS MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX EN HÔPITAL OU CLINIQUE

ET

SÉJOURS EN ÉTABLISSEMENTS OU SERVICES PSYCHIATRIQUES DE MOINS DE 60 JOURS

Frais de séjour	200 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR
Lit d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans à la date de l'admission	1 % PMSS par jour
Chambre particulière	2 % PMSS par jour
Transports sanitaires en ambulance ou VSL prescrits médicalement remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR

SÉJOURS DE PLUS DE 60 JOURS EN ÉTABLISSEMENTS OU SERVICES PSYCHIATRIQUES

Frais de séjour	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR
Chambre particulière	Non pris en charge

CENTRES DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE - MAISONS DE CONVALESCENCE, DE REPOS - CENTRES DE LONG SEJOUR

Frais de séjour	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR
Chambre particulière	Non pris en charge

SÉJOURS EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX COMME LES MAISONS D'ACCUEIL SPÉCIALISÉES (MAS) OU LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES DÉPENDANTES (EHPAD)

Les frais relatifs à ces séjours ne sont pas pris en charge par l'Institution

SÉJOURS EN INSTITUTS MÉDICO-ÉDUCATIFS OU MÉDICO PÉDAGOGIQUES

Frais de séjour	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	Non pris en charge
Chambre particulière	Non pris en charge

HONORAIRES MEDICAUX ET CHIRURGICAUX EN HOSPITALISATION

Honoraires de médecins et actes techniques	
Signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO	350 % BR
Non signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Frais annexes	
<i>Frais de salle d'opération, aide opératoire :</i>	100 % BR
<i>Pharmacie extra-usuelle liée à l'acte :</i>	2 % PMSS par jour

Les frais et honoraires relatifs à une opération de chirurgie esthétique ne sont pas pris en charge par l'Institution, sauf dans le cas d'une intervention réparatrice suite à un accident.

MATERNITE

Sont pris en charge sur présentation des justificatifs de dépenses, les frais de :

Chambre particulière	2 % PMSS, par jour
Dépassements d'honoraires sur les consultations et examens prénatals et postnatals	Pris en charge au titre du poste « Frais médicaux, para-médicaux et pharmaceutiques » ci-avant
Dépassements d'honoraires sur les actes de chirurgie et/ou d'anesthésie liés à l'accouchement	Pris en charge au titre du poste « Honoraires médicaux et chirurgicaux en hospitalisation » ci-avant
Frais de séjour	200 % BR

AIDES AUDITIVES (SS et TM inclus)

A COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2021

Équipement 100 % santé * (Classe I)	100 % FR par oreille <i>Dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés pour la classe à prise en charge renforcée, (classe I)</i>
Équipement tarifs libres (Classe II)	200 % BR par oreille/par aide auditive, plafonné à 1700 € par oreille/par aide auditive
Piles, accessoires, consommable	100 % BR



100% Santé

100% Santé



100% Santé



100% Santé



100% Santé



100% Santé



100% Santé