

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE VOS BESOINS EN ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Répondez aux questions ci-dessous, comptez le nombre de **A**, **B**, **C** et **D**
et l'IRCEM Mutuelle vous guide vers le niveau de garanties le plus approprié.



SOINS COURANTS

Consultez-vous des médecins spécialistes (ORL, dermatologue, chirurgien, cardiologue, etc...) qui pratiquent des dépassements d'honoraires ?

<p>NON</p> <p>je ne consulte jamais de médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires.</p> <p>Notre conseil :</p> <p>A</p> <p>Le niveau Essentiel vous rembourse à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les soins courants.</p>	<p>OUI</p> <p>je consulte occasionnellement des médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires.</p> <p>Notre conseil :</p> <p>B</p> <p>Le niveau Économique vous rembourse à 130% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les soins courants.</p>	<p>OUI</p> <p>je consulte régulièrement des médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires.</p> <p>Notre conseil :</p> <p>C</p> <p>Le niveau Renforcé vous rembourse à 150% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les soins courants.</p> <p>D</p> <p>Le niveau Confort vous rembourse à 170% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les soins courants.</p>	
---	---	--	--



OPTIQUE

Avez-vous des besoins spécifiques* en optique (lunettes, lentilles...) ?

<p>NON</p> <p>ma vue est excellente.</p> <p>Notre conseil :</p> <p>A</p> <p>Le niveau Essentiel vous rembourse à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour un équipement basique.</p>	<p>OUI</p> <p>je porte des lunettes pour une légère correction de ma vue ou en permanence, mais je me contente d'un équipement basique.</p> <p>Notre conseil :</p> <p>B</p> <p>Le niveau Économique vous rembourse jusqu'à 200€ (dont 60€/verre) pour les verres simples et jusqu'à 250€ (dont 85€/verre) pour les verres complexes.</p>	<p>OUI</p> <p>je porte des lunettes équipées de verres progressifs ou des lentilles.</p> <p>Notre conseil :</p> <p>C</p> <p>Le niveau Renforcé vous rembourse jusqu'à 250€ (dont 75€/verre) pour les verres simples et jusqu'à 350€ (dont 125€/verre) pour les verres complexes.</p> <p>D</p> <p>Le niveau Confort vous rembourse jusqu'à 350€ (dont 125€/verre) pour les verres simples et jusqu'à 550€ (dont 225€/verre) pour les verres complexes.</p>	
---	--	---	--



DENTAIRE

Avez-vous des besoins spécifiques* en soins dentaires (prothèse dentaire, orthodontie...) ?

<p>NON</p> <p>je vais chez le dentiste une fois par an pour une visite de contrôle.</p> <p>Notre conseil :</p> <p>A</p> <p>Le niveau Essentiel vous rembourse 100% de la base de remboursement des prothèses dentaires et des soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale.</p>	<p>OUI</p> <p>j'ai une dentition qui nécessite régulièrement quelques soins.</p> <p>Notre conseil :</p> <p>B</p> <p>Le niveau Économique vous rembourse 150% de la base de remboursement des prothèses dentaires et des soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale.</p>	<p>OUI</p> <p>j'ai des problèmes dentaires qui nécessitent des frais importants.</p> <p>Notre conseil :</p> <p>C</p> <p>Le niveau Renforcé vous rembourse 225% de la base de remboursement des prothèses dentaires et des soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale.</p> <p>D</p> <p>Le niveau Confort vous rembourse 275% de la base de remboursement des prothèses dentaires et des soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale.</p>	
--	--	--	--

* Besoins spécifiques exprimés en dehors du panier de soins 100% santé



HOSPITALISATION

Souhaitez-vous être couvert pour la chambre particulière en cas d'hospitalisation ?

NON je me contente des remboursements de la Sécurité sociale	OUI je souhaite bénéficier d'une participation pour une chambre particulière	OUI je souhaite un remboursement renforcé sur ce poste de dépenses.	
<p>Notre conseil :</p> <p>A</p> <p>Le niveau Essentiel vous rembourse à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les soins hospitaliers mais ne propose pas de forfait pour la chambre particulière.</p>	<p>Notre conseil :</p> <p>B</p> <p>Le niveau Économique vous rembourse à 130% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les soins hospitaliers et propose un forfait de 40€/jour pour la chambre particulière.</p>	<p>Notre conseil :</p> <p>C</p> <p>Le niveau Renforcé vous rembourse à 150% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les soins hospitaliers et propose un forfait de 45€/jour pour la chambre particulière.</p>	<p>Notre conseil :</p> <p>D</p> <p>Le niveau Confort vous rembourse à 170% de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les soins hospitaliers et propose un forfait de 50€/jour pour la chambre particulière.</p>



BUDGET

Quel budget souhaitez-vous consacrer à votre assurance santé ?

J'ai peu de moyens à consacrer dans ma complémentaire Santé*.	Je veux bien faire un effort pour payer une cotisation complémentaire Santé qui me permettra d'améliorer mes remboursements.	Je suis prêt à payer une cotisation complémentaire Santé plus conséquente afin de minimiser mon reste à charge.	
<p>Notre conseil :</p> <p>A</p> <p>Le niveau Essentiel couvre la plupart des frais de santé courants à moindre coût, et je bénéficie d'un accès sans reste à charge sur les équipements des paniers de soins de la réforme 100% santé.</p>	<p>Notre conseil :</p> <p>B</p> <p>Le niveau Économique vous propose des remboursements fondamentaux pour un budget réduit. Il couvre une partie des dépassements d'honoraires, sur certain postes et sur des équipements choisis en dehors des paniers de soins de la réforme 100% santé.</p>	<p>Notre conseil :</p> <p>C</p> <p>Le niveau Renforcé propose des prestations améliorées sur tous les postes phares (médecine de ville, hospitalisation, optique et dentaire). Je bénéficie d'un niveau de remboursements renforcé lorsque je choisis des équipements en dehors des paniers de soins de la réforme 100% santé.</p>	<p>Notre conseil :</p> <p>D</p> <p>Le niveau Confort propose des prestations élevées sur vos postes de dépenses de santé. Je bénéficie d'un niveau de remboursement optimal, lorsque je choisis des équipements en dehors des paniers de soins de la réforme 100% santé.</p>

TOTAL

A =

B =

C =

D =

NOTRE CONSEIL

Si vous avez uniquement des **A**, nous vous conseillons le **niveau Essentiel**. Il couvrira la plupart de vos frais de santé à moindre coût.

Si vous avez au moins une réponse **B** ou **C**, nous vous conseillons à minima le **niveau Économique**.

Si vous avez un maximum de **B**, nous vous conseillons le **niveau Économique**. Il couvrira vos frais courants ainsi qu'une partie des dépassements d'honoraires pour un budget maîtrisé.

Si vous avez un maximum de **C**, nous vous conseillons le **niveau Renforcé**. Il vous offrira des remboursements plus importants pour une cotisation plus conséquente.

Si vous avez un maximum de **D**, nous vous conseillons le **niveau Confort**. Il vous permettra de limiter les frais restant à votre charge après intervention de la Sécurité sociale, moyennant un effort sur la cotisation.

Pour une recommandation personnalisée, contactez nos conseillers au :

0980 980 390 (appel non surtaxé)

Ils sont à votre disposition pour vous accompagner, **du lundi au vendredi de 8h30 à 18h.**

TABLEAU DES NIVEAUX DE GARANTIES

Notre Garantie Santé Senior vous propose 4 niveaux de couverture

Prestations et services proposés applicables au 01/01/2024.

Notre contrat est un **contrat “responsable” et “solidaire”** conformément aux dispositions du Code de la Sécurité sociale (cf Règlement mutualiste). Seuls les actes ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale donnent lieu à remboursement sauf dérogation indiquée par un astérisque* dans le tableau ci-dessous qui reprend l'ensemble des niveaux de garanties existantes. Nos prestations ajoutées au remboursement de la Sécurité sociale, de tout autre organisme, et éventuellement de tout tiers responsable, ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées. Les prestations exprimées en pourcentage se réfèrent à la base de remboursement du Régime obligatoire. Elles incluent les prestations versées par le Régime obligatoire.

PRESTATIONS		RÉGIME OBLIGATOIRE + RÉGIME COMPLÉMENTAIRE			
		Niveau 1 Essentiel	Niveau 2 Économique	Niveau 3 Renforcé	Niveau 4 Confort
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux ¹		100%	130%	150%	170%
Honoraires paramédicaux		100%	100%	125%	150%
Analyses et examens de laboratoire		100%	100%	125%	150%
Actes de spécialité, imagerie médicale ¹		100%	130%	150%	170%
Médicaments		100%	100%	100%	100%
Matériel médical		100%	100%	100%	100%
OPTIQUE (Pour les forfaits ² un équipement (monture + 2 verres) / 2 ans**, les conditions d'utilisation des forfaits optiques sont détaillées dans le règlement mutualiste de la GARANTIE SANTÉ SENIOR.)					
Équipement 100% Santé	Monture et verres unifocaux	Frais réels pour les équipements de Classe A, les prestations (adaptation et appairage) et suppléments pour les verres avec filtre de classe A, dans la limite des prix de vente fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L 165-1 du code de la Sécurité sociale.			
	Monture et verres multifocaux ou progressifs				
Équipement hors 100% Santé (classe B)	Monture et verres unifocaux adultes	100%	200 € (dont 60 €/verre)	250 € (dont 75 €/verre)	350 € (dont 125 €/verre)
	Monture et verres multifocaux ou progressifs	100%	250 € (dont 85 €/verre)	350 € (dont 125 €/verre)	550 € (dont 225 €/verre)
	dont forfait maximum pour la monture	-	80 €	100 €	100 €
	Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur***	100%	100%	100%	100%
	Lentilles remboursées S.S.	100%	100%	100%	100%
	Lentilles non remboursées S.S.* (par an et par bénéficiaire)	-	-	100 €	200 €
Accès au réseau de soins optique		Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100% santé		Frais réels pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.			
Soins et prothèses hors 100% santé	Soins dentaires	100%	100%	125%	150%
	Prothèses dentaires acceptées S.S.	100%	150%	225%	275%
	Prothèses dentaires refusées S.S. par an et par bénéficiaire*	-	100 €	150 €	250 €
HOSPITALISATION					
Honoraires ¹		100%	130%	150%	170%
Frais de séjour		100%	100%	125%	150%
Soins externes ¹		100%	130%	150%	170%
Séjour en maison de repos		100%	100%	125%	150%
Forfait journalier hospitalier ³		Frais réels ⁴	Frais réels ⁴	Frais réels ⁴	Frais réels ⁴
Chambre particulière*		-	40 €/j/sans limite ⁴	45 €/j/sans limite ⁴	50 €/j/sans limite ⁴
Frais d'accompagnement* (lit adulte)		-	-	25 €/j/10j maxi	25 €/j/15j maxi
Transport		100%	100%	125%	150%

N.B : Quel que soit le niveau choisi, nous remboursons intégralement la franchise de 24 euros qui est laissée à la charge du patient pour les actes techniques médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60. ** A 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 en cas d'évolution de la vue, ou pour les enfants de moins de 16 ans. *** Après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique. 1: Le taux de prise en charge s'applique aux actes et soins réalisés par des médecins ayant adhéré aux dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM et OPTAM-co). Ce taux est minoré de 20 % et plafonné à 200% du BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité sociale) en vigueur pour les médecins non adhérents. 2 : Les montants de forfaits interviennent en sus des remboursements S.S. Ces forfaits incluent la prise en charge du ticket modérateur. 3 : Ne concerne pas le régime Alsace Moselle. 4 : Prise en charge du forfait journalier et de la chambre particulière sans limite de durée, sauf pour les établissements médicaux sociaux (maison de retraite à caractère médicalisé, maison d'accueil spécialisée, institut de rééducation et autres types d'établissements de longs séjours). Pour ces hospitalisations, la durée d'indemnisation est limitée à 90 Jours non renouvelables par année civile et par bénéficiaire. 5 : Voir conditions prévues au règlement mutualiste.

TABLEAU DES NIVEAUX DE GARANTIES (suite)

PRESTATIONS (suite)	RÉGIME OBLIGATOIRE + RÉGIME COMPLÉMENTAIRE				
	Niveau 1 Essentiel	Niveau 2 Économique	Niveau 3 Renforcé	Niveau 4 Confort	
AIDES AUDITIVES : un équipement tous les 4 ans ****					
Équipement 100% Santé (classe I)	Frais réels dans dans la limite des prix de vente des aides auditives de classe I (panier dit 100% santé) fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.				
Équipement hors 100% Santé (classe II)	100%	100%	125%	150%	
Forfait par an et par bénéficiaire	-	300 €/an	450 €/an	600 €/an	
Consommables, piles ou accessoires remboursés S.S.	100%	100%	100%	100%	
Accès au réseau de soins en audioprothèse	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	
AUTRES PROTHÈSES (ACCEPTÉES S.S.)					
Autres prothèses (acceptées S.S.)	100%	100%	125%	150%	
Forfait par an et par bénéficiaire	-	200 €/an	350 €/an	500 €/an	
BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION					
Cures thermales	Cures thermales (traitement)	100%	100%	125%	150%
	Cures thermales frais refusés S.S. par an et par bénéficiaire*	-	-	150 €/an	200 €/an
Prestations de prévention remboursables S.S.		100%	100%	100%	100%
Pédicure/Podologue Forfait par an et par bénéficiaire*		-	50 €	80 €	110 €
Vaccins non remboursés S.S.*		10 €/an	10 €/an	25 €/an	25 €/an
Médecines douces (homéopathie, acupuncture, ostéopathie, diététicien) *		-	50 €	80 €	110 €
Bonus fidélité (médecines douces) tous les 3 ans ⁵		-	30 €	40 €	50 €
PASS SANTÉ					
1 bilan de santé pour les retraités dès 60 ans tous les 5 ans (prise en charge des frais) ⁵		Inclus	inclus	Inclus	Inclus
1 séance de médecine douce/an sans avance de frais (limité à 40€/an et par bénéficiaire) ⁵		-	Inclus	inclus	Inclus
PRESTATIONS D'ASSISTANCE		INCLUSES	INCLUSES	INCLUSES	INCLUSES

N.B : Quel que soit le niveau choisi, nous remboursons intégralement la franchise de 24 euros qui est laissée à la charge du patient pour les actes techniques médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60. ** A 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 en cas d'évolution de la vue, ou pour les enfants de moins de 16 ans. *** Après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique. **** Une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille. Ces dispositions s'appliquent à partir du 1er janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures. L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. 1: Le taux de prise en charge s'applique aux actes et soins réalisés par des médecins ayant adhéré aux dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM et OPTAM-co). Ce taux est minoré de 20 % et plafonné à 200% du BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité sociale) en vigueur pour les médecins non adhérents. 2 : Les montants de forfaits interviennent en sus des remboursements S.S. Ces forfaits incluent la prise en charge du ticket modérateur. 3 : Ne concerne pas le régime Alsace Moselle. 4 : Prise en charge du forfait journalier et de la chambre particulière sans limite de durée, sauf pour les établissements médicaux sociaux (maison de retraite à caractère médicalisé, maison d'accueil spécialisée, institut de rééducation et autres types d'établissements de longs séjours). Pour ces hospitalisations, la durée d'indemnisation est limitée à 90 Jours non renouvelables par année civile et par bénéficiaire. 5 : Voir conditions prévues au règlement mutualiste.

TABLEAU DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est calculé en fonction de votre âge atteint au cours de l'année civile de votre adhésion et du niveau de garanties souscrit. La cotisation évolue ensuite chaque année en fonction de l'âge.

VOTRE ÂGE ⁽²⁾ Au 31 décembre de l'année d'adhésion	COTISATION MENSUELLE AU 1 ^{ER} JANVIER 2024 Tarifs mensuels TTC par personne (régime général de la Sécurité sociale ⁽¹⁾)			
	Niveau 1 Essentiel	Niveau 2 Économique	Niveau 3 Renforcé	Niveau 4 Confort
De 60 à 64 ans	45.30 €	71.10 €	91.70 €	108.30 €
De 65 à 69 ans	52.70 €	84.20 €	104.80 €	127.80 €
De 70 à 74 ans	58.90 €	98.70 €	119.90 €	144.20 €
De 75 à 79 ans	81.20 €	105.90 €	134.30 €	148.50 €

RÉDUCTION
TARIFAIRE

-10%

> Dès que deux personnes sont assurées sur le même contrat

COMPRENDRE VOS REMBOURSEMENTS

Pour chaque dépense de santé que vous faites, la Sécurité sociale vous rembourse une partie, puis l'IRCEM Mutuelle se base sur ce remboursement pour apporter un complément suivant le niveau souscrit (dans la limite des dépenses engagées). Vous trouverez sur le site www.ircem.com rubrique garantie santé, le détail des niveaux de remboursements pris en charge par la Sécurité sociale et pris en charge par l'Ircem Mutuelle, pour chacun des exemples donnés dans ce tableau.

Le détail des bases de remboursement de la Sécurité sociale est disponible sur le site www.ameli.fr

Quelques exemples pour bien comprendre le remboursement des dépenses et votre reste à charge.

EXEMPLE	PRIX MOYEN PRATIQUE OU TARIF RÉGLEMENTÉ*	RESTE À CHARGE				PRÉCIS-IONS ÉVENTUELLES	COMMENTAIRES
		Niveau 1 Essentiel	Niveau 2 Économique	Niveau 3 Renforcé	Niveau 4 Confort		
HOSPITALISATION							
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	0 €	0 €		Tarif réglementaire
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 €	150,30 €	68,79 €	14,45 €	0 €		Prix moyen national de l'acte pour un œil
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 €	191,30 €	164,13 €	109,79 €	55,45 €		Prix moyen national de l'acte pour un œil
OPTIQUE							
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	115 €	0 €	0 €	0 €	0 €		Prix limite de vente
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	356 €	355,85 €	155,91 €	105,91 €	41,97 €	Monture + verres unifocaux simples	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE							
Détartrage	43,38 €	0 €	0 €	0 €	0 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500 €	0 €	0 €	0 €	0 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur molaires	554 €	434 €	374 €	284 €	224 €	Panier tarif libre sans prix limite de vente	Prix moyen national de l'acte
AIDES AUDITIVES							
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950 €	0 €	0 €	0 €	0 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille	1 565 €	1 165 €	865 €	615 €	365 €		Prix moyen national de l'acte
SOINS COURANTS							
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	26,50 €	1 €	1 €	1 €	1 €		Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	31,50 €	1 €	1 €	1 €	1 €		Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	52 €	21,50 €	21,50 €	5,75 €	1 €		Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	65 €	41,50 €	39,05 €	34,15 €	29,25 €		Prix moyen national de l'acte

* Dernières données disponibles dans le système national de données de santé (SNDS).

DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'IMPRÉVU*

EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 3 JOURS OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPÉRIEURE À 8 JOURS

- > Prise en charge d'une aide à domicile, d'une aide pour le jardinage ou le petit bricolage, de la garde des enfants et/ou petits enfants de -15 ans.
- > Garde des animaux familiers.

EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 10 JOURS

- > Mise en service d'un appareil de téléassistance et prise en charge des frais d'abonnement pendant 3 mois.

EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE

- > Portage de médicaments en cas d'urgence et d'immobilisation.
- > Aide à la recherche d'un médecin de garde.

EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DURÉE

- > Soutien et accompagnement.
- > Aide aux démarches administratives.
- > Accompagnement "parcours de soins".



Les **+** de notre Garantie Santé

- > **Pas de questionnaire de santé**
- > **Des remboursements rapides et élevés**
pour vos soins courants, vos dépenses optiques et dentaires...
- > **Pas d'avance de frais** grâce au tiers payant
- > **Prise en charge de dépenses non remboursées par la Sécurité sociale**
(suivant le niveau souscrit) telles que la chambre particulière à l'hôpital ou en clinique, les médecines douces...
- > **Possibilité de changer votre niveau de garanties chaque année**
en fonction de vos besoins (selon les conditions prévues par le règlement mutualiste de la Garantie Santé).

GARANTIE SANTÉ

Spécial Retraités IRCEM



Quel que soit le niveau de garanties souscrit, **vous bénéficiez :**

UN BONUS SANTÉ

> Votre fidélité récompensée** : votre forfait **“médecines douces”** est majoré tous les 3 ans.

UN PASS SANTÉ**

- > **1 bilan de prévention** santé pour les retraités (prise en charge des frais).
- > 1 séance de médecine douce **sans avance de frais** (limité à 40 € par an et par bénéficiaire).

UN RÉSEAU DE SOINS

> Pour bénéficier de **conditions privilégiées** au sein de réseaux de soins optiques et audioprothésistes partenaires.

UN SERVICE D'ANALYSE DE DEVIS

> Pour **optimiser vos dépenses** sans renoncer à la qualité

► Des aides pour vous accompagner dans des moments clés de votre vie

LE PASSAGE À LA RETRAITE

> Pour vous aider à définir un **nouveau projet de vie**, nous vous transmettons des informations pratiques sur les associations existantes, les activités possibles ainsi que les démarches à suivre.

UN FONDS D'ACTION SOCIALE

> Pour continuer à prendre soin de vous en cas de **difficultés passagères**.

DE MEILLEURS REMBOURSEMENTS DES FRAIS DE SANTÉ

Vous avez certainement entendu parler de la **réforme 100% santé**, votée fin 2018, mais vous vous demandez ce que prévoit cette réforme.

Cette réforme instaure des meilleurs remboursements pour certains frais de santé importants. Ainsi, les patients pourront **bénéficier d'équipements dentaires, optiques et auditifs sans déboursier un euro**.

Pour cela l'assurance maladie et les mutuelles interviendront plus largement qu'aujourd'hui.

Son application s'est échelonnée sur 2019, 2020 et 2021.

Depuis le 1^{er} janvier 2020, les opticiens doivent vous proposer **un choix d'équipements optiques qui sera intégralement remboursé par l'Assurance maladie et la Mutuelle**.

De même, le panier de soins 100% santé vous permet de couvrir un large choix de prothèses dentaires fixes ou mobiles, avec des matériaux (céramo métallique, céramique monolithique...) dont la qualité esthétique est adaptée à la localisation de la dent (distinction entre les dents "visibles" et les dents "non visibles").

A partir du 1^{er} janvier 2021, les équipements auditifs du panier de soins 100% santé seront également intégralement remboursés par l'Assurance maladie et la Mutuelle.

► **Pour bénéficier de ces dispositions il faut détenir une complémentaire santé.**

INFORMATIONS RELATIVES AUX FRAIS DE GESTION AU TITRE DE LA GARANTIE SANTÉ POUR 2022

1) Ratio Prestations versées / Cotisations encaissées : 70,2 %

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.

2) Ratio Frais de gestion / Cotisations encaissées : 16,0 %

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.

Nos garanties sont en conformité avec les exigences posées par l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale relatif aux « contrats responsables et solidaires » et les décrets pris pour son application, et s'inscrivent dans le respect du parcours de soins coordonnés.*Les prestations d'assistance sont assurées par Filassistance International. Entreprise régie par le code des assurances. Siège social 108 bureaux de la colline 92213 St Cloud cedex 433 012 689 RCS Nanterre.