



malakoff médéric

PROPOSITION DE GARANTIES FRAIS DE SANTE

Contrat collectif à adhésion obligatoire

1ère souscription

L'ENTREPRISE

FORME JURIDIQUE : ASSOCIATION RAISON SOCIALE : ADSEA 17 LP

N°SIREN : 421 773 110

NACE : 7010Z

NATURE DE L'ACTIVITE :

CONVENTION COLLECTIVE : Oui Si oui, laquelle ? CCN 66

ADRESSE DU SIEGE SOCIAL

VOIE / RUE : 5 Place Françoise DORLEAC

CODE POSTAL : 17300

VILLE : ROCHEFORT

TELEPHONE : 05 46 88 89 89

COURRIEL :

ADRESSE POUR LA CORRESPONDANCE (si différente)

VOIE / RUE :

CODE POSTAL :

VILLE :

NOM :

Prénom :

TELEPHONE :

COURRIEL :

REPRESENTEE PAR : Pierre DOLIVET

FONCTION : Directeur Général

demande à souscrire au contrat frais de santé auprès de Malakoff Médéric Prévoyance pour que la catégorie de personnel désignée ci-dessous bénéficie du contrat frais de santé décrit ci-après.

Mode de mise en place du régime : Décision unilatérale

CATEGORIE DE PERSONNEL

Ensemble du personnel – salarié seulement

Effectif : 162

TABLEAU DES PRESTATIONS

REGIME OBLIGATOIRE de BASE

FRAIS COUVERTS à compter du 01/01/2012

Depuis le 1er janvier 2006, les remboursements relatifs aux consultations et prescriptions effectuées en dehors du parcours de soins, donnent lieu à un moindre remboursement de la sécurité sociale et à une majoration des honoraires des médecins, non compensés par le régime complémentaire .

REMBOURSEMENTS
DE : Dépense Effective
TM : Ticket Modérateur
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale
BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

Les prestations s'ajoutent à celles de la sécurité sociale

HOSPITALISATION (médicale, chirurgie, maternité)

	Conventionné	Non conventionné
Frais de Séjour	100 % DE	115€ / jour (1430€ / an)
Honoraires déclarés (Sécurité sociale)	80 % BRSS	80 % BRSS
Rembst TM forfaitaire 24 € (actes supérieurs à 120 € médecine de ville)	24 €	
Chambre particulière (1)	50 € / jour	
Forfait journalier hospitalier (1)	100 % du forfait	
Lit d'accompagnant (- de 14 ans/+ 70 ans) (1)	50 € / jour	
Actes techniques médicaux (effectués en externat)	50 % BRSS	50 % BRSS
Imagerie médicale - radiologie	50 % BRSS	50 % BRSS
Télévision en cas de séjour (limité à 30 jours)	5 € / jour	
MATERNITE		
Allocation maternité y compris adoption plénière	90 € / enfant	
Fécondation in vitro	150 € / an	
Frais de transport (remboursables Ss)	TM	

DENTAIRE

SOINS DENTAIRES	TM
Parodontologie (y compris non remboursée Ss) (DC20) (2)	43 €
Inlay/onlay (SC 17) (2)	18 € / dent
Bilan prévention dentaire annuel	TM
ORTHODONTIE	
Orthodontie acceptée par semestre de traitement (TO 90) (2)	100 € / semestre
– Bonus : si devis préalable, prise en charge majorée	10 € / par semestre
Orthodontie refusée Ss jusqu'à 25 ans sur avis du dentiste conseil (TO 90) (2)	100 € / semestre
PROTHESES (3)	
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale (SPR 50) (2)	85 € / prothèse dentaire
– Bonus : remboursement majoré de 10% si 3 ans consécutifs sans conso. (2)	8,5 € / prothèse dentaire
Supplément dents visibles (incisives, canines, premières prémolaires) (SPR 50) (2)	23 € / prothèse dentaire
Implantologie	170 € / implant

OPTIQUE - PROTHÈSE

DANS LE RESEAU OPTIQUE	Bénéficiaire de 18 ans et plus 1 équip. / an / bénéficiaire	Bénéficiaire de moins de 18 ans (5)
Forfait global (verres+monture)	74,75 €	70,15 €
– dont monture de lunettes	28,75 €	28,75 €
– dont verres	23 € / verre	20,70 € / verre
Supplément si forte correction (4)	23 €	-

Supplément si verres progressifs (4)	14,95 €	-
– Bonus : remboursement majoré de 10% si 2 ans consécutifs sans conso		
HORS DU RESEAU OPTIQUE	Bénéficiaire de 18 ans et plus 1 équip. / an / bénéficiaire	Bénéficiaire de moins de 18 ans (5)
Forfait global (verres+monture)	65 €	61 €
– dont monture de lunettes	25 €	25 €
– dont verres	20 € / verre	18 € / verre
Supplément si forte correction (4)	20 € / verre	-
Supplément si verres progressifs (4)	13 € / verre	-
AUTRES GARANTIES		
Lentilles remboursées par la Ss	40 €	
Lentilles prescrites non remboursées par la Ss (yc jetables)	40 € an / bénéficiaire	
Chirurgie optique (chirurgie réfractive) non remboursée par la Ss	75 € / œil	
Implants multifocaux	25 € / œil	
Appareillage Orthopédie : prothèses non dentaires	300 % BRSS	
Appareil auditif remboursée Ss	300 € / an / bénéficiaire / oreille	

FRAIS MÉDICAUX

	Conventionné	Non conventionné
Consultations / visites généralistes et spécialistes (6)	80 % BRSS	-
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...)	TM	
Analyses	TM	
Spécialités médicales non remboursées Ss (hors Ostéo et Chiro) :	10 € / séance (limitation : 5 séances / an / bénéficiaire)	
– Spécialités de la liste suivante : (Pédicure podologue, acupuncture, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue)		
Spécialités médicales non remboursées Ostéopathie et Chiropratique	10 € / séance (limitation : 5 séances / an / bénéficiaire)	
Pharmacie		
– remboursée à 65 % par la Ss	TM	
– remboursée à 30 % par la Ss	TM	
pharmacie prescrite non remboursée SS et automédication achetée en pharmacie	50 € / an / bénéficiaire	
Cure thermale acceptée Ss (21 jours) honoraires, traitement thermal, héberg. & transport (2)	200 € / an	

PRÉVENTION

Programme prévention santé : Cube Santé Entreprise®	
– pour l'entreprise : 3 programmes offerts Prévention Tabac, Équilibre alimentaire, Activité physique	OUI
– pour chaque salarié : sevrage tabagique, diététicien, remboursement du certificat médical pour la pratique d'un sport non pris en charge Ss (sur la base d'une consultation de généraliste conventionné secteur 1)	OUI
Actes de prévention	
– 3 prestations jugées prioritaires/objectifs de santé publique (8)	OUI
– Vaccin préventif du col de l'utérus bivalent, trivalent et quadrivalent remb. Ss	TM
– Vaccins préventifs (grippe, voyages) non remboursées Ss (9)	OUI
– Ostéodensitométrie (avec prise en charge Ss) (10)	TM
– Sevrage tabagique forfait an / bénéficiaire (11)	80 € / an / bénéficiaire
Dépistage	
– Test infection urinaire (9)	OUI
– Dépistage cancer du côlon non remb. (dans le cadre de la généralisation du test)	10 €
– Dépistage cancer du col de l'utérus non remboursé (HPV)	15 €
– Dépistage cancer du sein : Échographie mammaire	50 % BRSS

- (1) Montants versés hors conventions spécifiques - limitation de la prise en charge à 90 jours en établissements spécialisés (psychiatrie) - Forfait journalier: 100% du tarif en vigueur à la date des soins
- (2) Les forfaits s'entendent pour les codifications du régime obligatoire (RO) de référence entre parenthèses. Les forfaits sont versés avec proratisation en cas de codification différente retenue par le RO.
- (3) Les limitations annuelles pour les prothèses dentaires s'entendent y compris pour les suppléments dents visibles et l'implantologie
- (4) correspond aux corrections de la nomenclature Ss 2280660, 2282793, 2263459, 2265330, 2235776, 2295896, 2284527, 2254868, 2288519, 2299523 pour forte correction. Nomenclature Ss : 2290396, 2291183, 2245384, 2295198, 2227038, 2299180, 2202239, 2252042 pour verres progressifs.
- (5) Pour les enfants (- 18 ans) : pas de limitation annuelle, autre(s) équipement(s) si baisse de la vue ou casse dans l'année
- (6) limité au TM (Ticket Modérateur) en secteur 1
- (7) Remboursement sur facture, hors sevrage tabagique qui fait l'objet d'une prise en charge spécifique. Automédication selon liste à disposition sur www.malakoffmederic.com
- (8) Actes retenus :
- Détartrage sus et sous gingival remboursé sur les bases des soins dentaires. Audiométrie tonale avec tympanométrie pour les personnes de plus de 50 ans remboursée sur les bases de consultations de spécialités - Bilan du langage écrit ou oral.
- (9) Prise en charge dans la limite du forfait global pharmacie non remboursée
- (10) Ostéodensitométrie remb. par la Ss: prise en charge pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans dans le cadre d'un bilan d'ostéoporose
- (11) Remboursement uniquement sur prescription médicale

Tiers payant Viamedis

Réseau Optique

TABAC	<p>PROGRAMME DE PREVENTION</p> <p>Vous avez choisi le programme de prévention « Prévention tabac » du Cube Santé Entreprise®. Le Cube est soumis à des conditions d'utilisations spécifiques dont l'entreprise déclare avoir pris connaissance et les accepte au moment du choix du Cube Santé Entreprise®.</p>
PHYSIQUE	<p>PROGRAMME DE PREVENTION</p> <p>Vous avez choisi le programme de prévention « Activité physique » du Cube Santé Entreprise®. Le Cube est soumis à des conditions d'utilisations spécifiques dont l'entreprise déclare avoir pris connaissance et les accepte au moment du choix du Cube Santé Entreprise®.</p>
ALIMENT	<p>PROGRAMME DE PREVENTION</p> <p>Vous avez choisi le programme de prévention « Equilibre alimentaire » du Cube Santé Entreprise®. Le Cube est soumis à des conditions d'utilisations spécifiques dont l'entreprise déclare avoir pris connaissance et les accepte au moment du choix du Cube Santé Entreprise®.</p>

DESCRIPTION DES COTISATIONS

La cotisation mensuelle est exprimée en euros et est fixée pour l'exercice 2012 à : 25,39€ *

* taxe spéciale convention d'assurance incluse

Appel de cotisation Employeur Mode d'indexation : Autre

Nous nous engageons à maintenir les taux de cotisation pendant une durée de 1 ans à partir de la date d'effet du contrat ; au 1^{er} janvier 2013, indexation sur la hausse du plafond sécurité sociale ; au 1^{er} janvier 2014 et suivants, indexation dictée par l'assemblée générale sous réserve de l'équilibre de la consommation médicale du groupe .

Mise en place de la participation aux bénéfices

Financement du maintien des garanties (ANI) : - NON

PERIMETRE DE SOUSCRIPTION ET DE CONSOLIDATION

N° SIREN de l'entreprise	Raison Sociale	N° Entreprise	N° Contrat
421 773 110	ADSEA 17 LP		

PERIMETRE DE CONSOLIDATION DES RESULTATS TECHNIQUES

N° SIREN de l'entreprise	Raison Sociale	N° Entreprise	N° Contrat
421773110	ADSEA 17		

CONDITIONS D'ACCEPTATION DE LA PROPOSITION DE GARANTIES

Notre proposition de garanties est valable pendant trois mois et est à retourner signée à votre interlocuteur Malakoff Médéric.

Elle est associée aux Conditions générales FS 4001 dont vous reconnaissez avoir pris connaissance. Ces documents vous ont été remis le 4 octobre 2011 .

Les conditions particulières entérineront l'ensemble des conditions d'assurance que vous demandez à souscrire.

Les conditions particulières associées aux conditions générales forment le contrat.

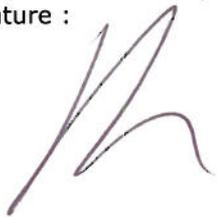
Vous devrez retourner un exemplaire signé des conditions particulières. Vous vous engagez à verser les cotisations telles qu'elles sont définies dans le présent document, pour la couverture des risques correspondants.

Votre contrat prend effet le 1^{er} janvier 2012 sous réserve des précédentes dispositions et de la réception de la présente proposition complétée et signée.

Fait à ROCHFORD , le 14/10/11

Cachet de l'Entreprise

Nom et fonction du signataire : Pierre DOLIVET Directeur Général
Signature :



ADSEA - 17 - LP
Siège Social
Direction Générale
5 Place Dorléac
17300 ROCHEFORT
Tél. 05 46 88 89 89
E-mail : adsea17lp@wanadoo.fr