

LIVRET SANTÉ 2022

Ensemble du personnel



L'objet de ce livret est de vous apporter l'ensemble des informations relatives à votre régime de frais de santé au 1^{er} janvier 2022.

Vous y trouverez le détail de vos garanties ainsi que les services KALIXIA et ROEDERER.

Votre assureur :



JANVIER 2022

Document non contractuel. La notice d'informations de l'assureur fait foi.

INTRODUCTION

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

La qualité de votre régime complémentaire de couverture des frais de santé, mis en œuvre par l'entreprise, est un atout majeur pour vous et votre famille.

Nous avons toujours eu à cœur de nous adapter aux évolutions de la législation tout en maintenant, à votre bénéfice, une couverture sociale complémentaire du meilleur niveau.

Dans ce contexte, nous avons décidé de modifier le régime en place, **à compter du 1^{er} janvier 2022**, pour le rendre encore plus performant, en l'adaptant aux besoins observés en matière de remboursements nécessaires, et en optimisant le traitement fiscal et social des cotisations.

Accompagné par nos interlocuteurs du Groupe Roederer, notre courtier et gestionnaire actuel, nous avons construit un nouveau régime, constitué :

- 1) D'un **SOCLE à adhésion obligatoire**, répondant à la norme "Responsable", **fondé sur la base du Socle actuel**, pour lequel le niveau de certaines garanties a été porté à celui de **SURCO 1**,
- 2) De **SOCLE+, option facultative** répondant également à la norme "Responsable" permettant de **retrouver les garanties de SURCO 2**.

Des garanties nouvelles innovantes ont été adjointes sur ces deux possibilités d'adhésion : un montant forfaitaire pour le remboursement de médicaments prescrits, mais non remboursés par la Sécurité Sociale : **90 €/an/bénéficiaire pour SOCLE** et **120 €/an/bénéficiaire pour SOCLE+**.

- 3) D'une surcomplémentaire facultative **SURCO FACULTATIVE**, **pouvant s'ajouter** (si vous en faites la demande à l'aide du bulletin d'affiliation joint) à SOCLE et SOCLE+ et permettant de dépasser les limites fixées par la réglementation dans un cadre "Non Responsable".

Ces aménagements sont accompagnés d'une modification des cotisations, la structure demeure "Isolé"/"Famille", l'**adhésion des "ayants droits"** étant au choix du salarié.

Vous trouverez en page 4 et en page 5, le tableau des nouvelles garanties comparées à celles en vigueur jusqu'au 31/12/2021, ainsi que les cotisations qui les accompagnent.

Afin d'éviter toute interruption de garanties, vous devenez **automatiquement affiliés à effet du 1^{er} janvier 2022** de la façon suivante :

- Si vous êtes **actuellement** inscrits sur le **Socle de base**, vous serez inscrits sur **SOCLE**
- Si vous êtes **actuellement** inscrits sur **SURCO 1**, vous serez également inscrits sur **SOCLE**
- Si vous êtes **actuellement** inscrits sur **SURCO 2**, vous serez inscrits par défaut sur **SOCLE+**.

Remplissez le Bulletin d'affiliation et retournez le nous :

- Si vous **souhaitez un autre niveau de garantie** que celui appliqué automatiquement : SOCLE ou SOCLE+ ,
- Ou si vous **souhaitez également adhérer à SURCO FACULTATIVE** en plus de SOCLE ou SOCLE+.

Au cas où vous décideriez d'effectuer un autre choix que celui appliqué automatiquement, nous vous demandons de retourner le bulletin d'adhésion sur lequel vous mentionnez le choix de garanties que vous retenez, socle **ou** socle-option, **et de le remplir, quel que soit le choix retenu, si vous adhérez au niveau Surcomplémentaire en plus.**

Aucune modification n'a été apportée en prévoyance, sauf à que vous décidiez éventuellement d'actualiser votre désignation de bénéficiaires (qui s'applique en cas de décès) si celle-ci diffère de la clause générale suivante :

À l'exception de la majoration pour enfant à charge, le capital revient :

- Au conjoint survivant non divorcé, non séparé de corps judiciairement,
- À défaut, au "partenaire" survivant lié par un PACS,
- À défaut, au concubin survivant
- À défaut, par parts égales entre eux, aux enfants nés et à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession,
- À défaut, par parts égales entre eux, aux deux parents, à défaut de l'un sa part revenant au survivant
- À défaut, aux autres héritiers.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

VOS GARANTIES SANTÉ SOCLE / SOCLE+ / SURCOMPLÉMENTAIRE AU 1^{er} JANVIER 2022

Les remboursements ci-dessous sont y compris 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. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.

Les plafonds et forfaits s'entendent par assuré et se renouvellent tous les ans au 1^{er} janvier (sauf mention contraire)

	GARANTIES 2021 (AVANT)			GARANTIES 2022 (APRÈS)		
	SOCLE	SURCO 1	SURCO 2	SOCLE et SURCO	SOCLE+ et SURCO	SURCO
	RESPONSABLE	NON RESPONSABLE	NON RESPONSABLE	RESPONSABLE	RESPONSABLE	NON RESPONSABLE
Hospitalisation (y compris frais de maternité)						
Frais de séjour : - dans un établissement conventionné - dans un établissement non conventionné	100 % des FR 280 % de la BR	100 % des FR 380 % de la BR	100 % des FR 580 % de la BR	100 % des FR 280 % de la BR	100 % des FR 580 % de la BR	-
Honoraires : - Médecins adhérent DPTAM* - Médecins non adhérents DPTAM* - Médecins non conventionnés non adhérents DPTAM*	350 % de la BR 200 % de la BR -	100 % des FR 100 % des FR 400 % de la BR	100 % des FR 100 % des FR 580 % de la BR	220 % de la BR 200 % de la BR -	580 % de la BR 200 % de la BR 200 % de la BR	- + 380 % de la BR + 380 % de la BR
Forfait hospitalier	100 % des FR					
Forfait actes lourds	18€	18€	18€	18€	18€	
Chambre particulière	100€/jour	100€/jour	162€/jour	100€/jour	162€/jour	
Frais d'accompagnant enfant de -16 ans	50€/jour	50€/jour	81€/jour	50€/jour	81€/jour	
Maternité						
Allocation naissance ou adoption doublée en cas de naissances multiples	327€	327€	650€	327€	650€	-
Soins courants en secteur Conventionné et Non Conventionné						
Honoraires médicaux : - Consultation ou visite d'un médecin généraliste adhérent DPTAM* - Consultation ou visite d'un médecin généraliste non adhérent DPTAM* - Consultation ou visite d'un médecin spécialiste adhérent DPTAM* - Consultation ou visite d'un médecin spécialiste non adhérent DPTAM* - Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent DPTAM* - Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent DPTAM*	320 % de la BR 200 % de la BR 320 % de la BR 200 % de la BR 320 % de la BR 200 % de la BR	320 % de la BR 320 % de la BR	470 % de la BR 470 % de la BR	220 % de la BR 200 % de la BR 320 % de la BR 200 % de la BR 100 % de la BR 200 % de la BR	470 % de la BR 200 % de la BR 470 % de la BR 200 % de la BR 470 % de la BR 200 % de la BR	- + 270 % de la BR - + 270 % de la BR - + 270 % de la BR
Imagerie médicale : - Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent DPTAM* - Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent DPTAM*	320 % de la BR 200 % de la BR	320 % de la BR 320 % de la BR	570 % de la BR 570 % de la BR	220 % de la BR 200 % de la BR	570 % de la BR 200 % de la BR	- + 270 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité Sociale	310 % de la BR	310 % de la BR	560 % de la BR	310 % de la BR	560 % de la BR	
Honoraires paramédicaux : - Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : Infirmiers, Masseurs Kinésithérapeutes, Orthophonistes, Orthoptistes...	310 % de la BR	310 % de la BR	560 % de la BR	200 % de la BR	200 % de la BR	
Médicaments : - Médicaments pris en charge par la Sécurité Sociale - Médicaments non pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % de la BR ou TFR -	100 % de la BR ou TFR -	100 % de la BR ou TFR -	100 % de la BR ou TFR 90 € / an / bénéficiaire	100 % de la BR ou TFR 120 € / an / bénéficiaire	-
Matériel Médical : - Appareillages, prothèses médicales et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité Sociale (hors aides auditives)	210 % de la BR	360 % de la BR	560 % de la BR	360 % de la BR	560 % de la BR	
Aides auditives						
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.						
Équipements 100 % Santé (Classe 1) :	100 % PLV	-				
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 (MR).						

* DPTAM : Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérent 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
- BR : Tarif dont tient compte la Sécurité Sociale pour établir ses remboursements en secteur conventionné - FR : Frais réels correspondant aux montants facturés - MR : Montant remboursé par la Sécurité Sociale - TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale estimé 3 428 € en 2022 (en attente de parution au JO) - **A tarifs libres : Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

amplifon	GARANTIES 2021 (AVANT)			GARANTIES 2022 (APRÈS)		
	SOCLE	SURCO 1	SURCO 2	SOCLE et SURCO	SOCLE+ et SURCO	SURCO
	RESPONSABLE	NON RESPONSABLE	NON RESPONSABLE	RESPONSABLE	RESPONSABLE	NON RESPONSABLE
Aides auditives (suite)						
Équipements à tarifs libres (Classe 2) : - Adulte (Bénéficiaire de 21 ans ou plus) par oreille et par période de 4 ans - Enfant (Bénéficiaire jusqu'à 20 ans) par oreille et par période de 4 ans	210 % de la BR	360 % de la BR	560 % de la BR	360 % de la BR	560 % de la BR	-
Dentaire						
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé*	100 % HLF	100 % HLF	100 % HLF	100 % HLF	100 % HLF	-
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 (MR).						
Soins (Hors 100 % Santé) : - Consultations, Soins courants, Radiologie et Parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale - Parodontologie non prise en charge par la Sécurité Sociale :	370 % de la BR 200 € / an / bénéficiaire	370 % de la BR 200 € / an / bénéficiaire	470 % de la BR 300 € / an / bénéficiaire	200 % de la BR 200 € / an / bénéficiaire	470 % de la BR 300 € / an / bénéficiaire	-
Prothèses dentaires (Hors 100 % Santé) Plafond = 370 % de la BR - à tarifs limités (maîtrisés)** - à tarifs libres***	370 % de la BR limité à 100 % HLF 370 % de la BR	370 % de la BR limité à 100 % HLF 370 % de la BR	370 % de la BR limité à 100 % HLF 470 % de la BR	370 % de la BR limité à 100 % HLF 370 % de la BR	370 % de la BR limité à 100 % HLF 570 % de la BR	-
* 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 prévus à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale (Prix Limite de Vente : PLV ou Honoraires Limites de Facturation HLF) 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 (MR).						
** Prothèses à tarifs limités (maîtrisés) : 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 Honoraires Limites de Facturation : HLF) 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 (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 prévus à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.						
Prothèses dentaires non remboursée par la Sécurité Sociale - Couronnes et Bridges - Prothèses dentaires transitoires - Réparations sur prothèses (sauf les réparations à caractère esthétique)	320 € / prothèse	320 € / prothèse	430 € / prothèse	320 € / prothèse	430 € / prothèse	-
Implantologie dentaire par implant, maxi 1 implant / an / bénéficiaire :	508 €	508 €	600 €	508 €	900 €	-
Orthodontie : - Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité Sociale - Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité Sociale	400 % de la BR 500 € / an / bénéficiaire	400 % de la BR 500 € / an / bénéficiaire	500 % de la BR 774 € / an / bénéficiaire	400 % de la BR 500 € / an / bénéficiaire	500 % de la BR 900 € / an / bénéficiaire	-
Optique						
Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant 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 L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.						
Équipements 100 % Santé* (y compris prestation d'appariage)	100 % PLV dont monture 30 € et appariage 10 €	100 % PLV dont monture 30 € et appariage 10 €	100 % PLV dont monture 30 € et appariage 10 €	100 % PLV dont monture 30 € et appariage 10 €	100 % PLV dont monture 30 € et appariage 10 €	-
* 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'appariage 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 (MR).						
Tarifs libres / Monture : Tarifs libres / Verres : • 2 verres simples • 2 verres complexes • 2 verres très complexes - Suppléments pris en charge par la Sécurité Sociale	Maximum 100 € 165 € - MR 250 € - MR 300 € - MR 100 % de la BR	150 € 165 € - MR 250 € - MR 300 € - MR 100 % de la BR	200 € 320 € - MR 505 € - MR 505 € - MR 100 % de la BR	Maximum 100 € 165 € - MR 250 € - MR 300 € - MR 100 % de la BR	Maximum 100 € FR, 350 € - MR FR, 450 € - MR FR, 550 € - MR 100 % de la BR	-
Autres postes Optique : - Les lentilles de contact correctrices : Prises en charge ou non par la Sécurité Sociale (y compris jetables) avec minimum 100% de la BR pour les lentilles remboursées par la Sécurité Sociale - Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, astigmatisme, hypermétropie)	295 € / an / bénéficiaire 20 % du PMSS / œil	295 € / an / bénéficiaire 20 % du PMSS / œil	327 € / an / bénéficiaire 20 % du PMSS / œil	295 € / an / bénéficiaire 20 % du PMSS / œil	327 € / an / bénéficiaire 30 % du PMSS / œil	-
Autres Postes						
Frais de transport prise en charge par la Sécurité Sociale	215 % de la BR	315 % de la BR	465 % de la BR	215 % de la BR	465 % de la BR	-

* **DPTAM** : 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
- **BR** : Tarif dont tient compte la Sécurité Sociale pour établir ses remboursements en secteur conventionné - **FR** : Frais réels correspondant aux montants facturés - **MR** : Montant remboursé par la Sécurité Sociale - **FFR** : Tarif forfaitaire de responsabilité - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale estimé 3 428 € en 2022 (en attente de parution au JO) - ** **A tarifs libres** : Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

amplifon	GARANTIES 2021 (AVANT)			GARANTIES 2022 (APRÈS)		
	SOCLE	SURCO 1	SURCO 2	SOCLE et SURCO	SOCLE+ et SURCO	SURCO
	RESPONSABLE	NON RESPONSABLE	NON RESPONSABLE	RESPONSABLE	RESPONSABLE	NON RESPONSABLE
Autres Postes (suite)						
Forfait cures thermale prises en charge par la Sécurité Sociale	100 % de la BR	317 € au-delà 100 % de la BR	650 € au-delà 100 % de la BR	100 % de la BR	650 € au-delà 100 % de la BR	-
Soins à l'étranger	200 % de la BR	300 % de la BR	500 % de la BR	200 % de la BR	500 % de la BR	-
Médecines non conventionnelles						
Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité Sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n° ADELI, RPPS ou le n° FINESS du praticien sera demandé.						
Actes thérapeutiques pour les actes cités ci-dessous : Ostéopathe, Chiropracteur, Étiope, Acupuncteur, Psychomotricien pour enfant, Psychologue, Ostéodensitométrie, Sevrage tabagique, Moyens contraceptifs, Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale	Forfait de 80 € / an / bénéficiaire pour l'ensemble des postes	Forfait de 120 € / an / bénéficiaire pour l'ensemble des postes	Forfait de 150 € / an / bénéficiaire pour l'ensemble des postes	Forfait de 80 € / an / bénéficiaire pour l'ensemble des postes	Forfait de 150 € / an / bénéficiaire pour l'ensemble des postes	-
Prévention						
Tout actes de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	-
Services						
Tiers Payant ROEDERER	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus	-
Assistance de base + Téléconsultation	incluses	incluses	incluses	incluses	incluses	-

* DPTAM : 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.ameli.fr" est à la disposition de tous
- BR : Tarif dont tient compte la Sécurité Sociale pour établir ses remboursements en secteur conventionné - FR : Frais réels correspondent aux montants facturés - MR : Montant remboursé par la Sécurité Sociale - TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale estimé 3 428 € en 2022 (en attente de parution au JO) - **À tarifs libres : Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

VOS COTISATIONS : RÉGIME GÉNÉRAL

amplifon	VOS COTISATIONS 2021 (AVANT)			VOS COTISATIONS 2022 (APRÈS)		
	Cotisations au 01/01/2021			Cotisations au 01/01/2022		
	ISOLÉ	1,52% du PMSS soit 52,11€ dont 20,84€ à la charge du salarié	1,77% du PMSS soit 60,68€ dont 29,41€ à la charge du salarié	2,27% du PMSS soit 77,82€ dont 46,55€ à la charge du salarié	1,67% du PMSS soit 57,25€ dont 22,90€ à la charge du salarié	2,40% du PMSS soit 82,27€ dont 47,92€ à la charge du salarié
FAMILLE	4,00% du PMSS soit 137,12€ dont 54,85€ à la charge du salarié	4,54% du PMSS soit 155,63€ dont 73,36€ à la charge du salarié	5,66% du PMSS soit 194,02€ dont 111,75€ à la charge du salarié	4,40% du PMSS soit 150,83€ dont 60,33€ à la charge du salarié	6,03% du PMSS soit 206,71€ dont 116,21€ à la charge du salarié	+ 0,20% du PMSS soit 6,85€ à la charge du salarié

VOS COTISATIONS : RÉGIME LOCAL

amplifon	VOS COTISATIONS 2021 (AVANT)			VOS COTISATIONS 2022 (APRÈS)		
	Cotisations au 01/01/2021			Cotisations au 01/01/2022		
	ISOLÉ	1,06% du PMSS soit 36,34€ dont 14,53€ à la charge du salarié	1,31% du PMSS soit 44,91€ dont 23,10€ à la charge du salarié	1,81% du PMSS soit 62,05€ dont 40,24€ à la charge du salarié	1,17% du PMSS soit 40,11€ dont 16,04€ à la charge du salarié	1,90% du PMSS soit 65,13€ dont 41,07€ à la charge du salarié
FAMILLE	2,80% du PMSS soit 95,98€ dont 38,39€ à la charge du salarié	3,34% du PMSS soit 114,50€ dont 56,90€ à la charge du salarié	4,46% du PMSS soit 152,89€ dont 95,30€ à la charge du salarié	3,08% du PMSS soit 105,58€ dont 42,23€ à la charge du salarié	4,71% du PMSS soit 161,46€ dont 98,11€ à la charge du salarié	+ 0,20% du PMSS soit 6,85€ à la charge du salarié

VOS AVANTAGES DU RÉSEAU KALIXIA



PRÉSERVEZ VOTRE BUDGET EN BÉNÉFICIANT DES AVANTAGES ET DES TARIFS NÉGOCIÉS AUPRÈS D'UN RÉSEAU DE PLUS DE 5 200 OPTICIENS ET 3 400 CENTRES D'AUDIOPROTHÉSISTES !

QUELS BÉNÉFICES ?

Tiers-payant !

Tarifs négociés !

Prestations contrôlées !

• OPTIQUE :

- **40 % d'économie** en moyenne sur les verres unifocaux.
- **35 % d'économie** sur les verres progressifs.
- **20 % d'économie** au minimum sur les montures et 30 % sur les lentilles.*
- **L'entretien et le remplacement** des verres progressifs ou des lentilles en cas d'inadaptation et, des verres et montures en cas de casse.
- **Vous êtes libre de choisir** l'opticien et les équipements qui vous conviennent y compris parmi les équipements haut de gamme et de toute dernière génération.

• AUDIOPROTHÈSES :

- Une **économie moyenne de 500€** sur un appareillage de qualité.
- **Plus de 500€ d'économies** pour un double équipement.*
- Appareil prêt à l'emploi, adaptation, suivi, kit d'entretien et **garantie panne pendant 4 ans**.
- Vous **choisissez votre professionnel** et celui-ci vous proposera l'appareil auditif le plus adapté à vos besoins.
- Votre dépistage auditif est **gratuit**.



Avec l'**OFFRE MALIN**, vous achetez un équipement optique** à des tarifs vous permettant de ne pas avoir de frais restant à votre charge.



Avec l'**OFFRE PRIM'AUDIO**, vous achetez un équipement audio*** à un prix encadré et payez un tarif maximum de 700€ par oreille.

* Offres sous conditions - ** Dans la limite d'un certain montants de monture - *** Les appareils concernés par l'offre PRIM'AUDIO font partie de la Gamme 2

À QUELS MOMENTS ?

- Je dois changer de lunettes et je recherche un équipement complet qui entre dans mon budget

- Je dois acheter un appareillage auditif et recherche un équipement en fonction de mes besoins

ACCÈS AU SERVICE : VOUS SOUHAITEZ TROUVER UN OPTICIEN PRÈS DE CHEZ VOUS ?



➔ Pour connaître les **professionnels de santé du réseau KALIXIA**, rendez-vous sur votre **Espace Adhérent** dans la rubrique "**Services et avantages**"!



1

Géolocalisez depuis votre **Espace Adhérent** et consultez la liste des opticiens du réseau Kalixia proches de chez vous



2

Le jour de votre consultation présentez votre **carte de tiers payant**, indiquant que vous bénéficiez bien du réseau Kalixia

Ce service est proposé par l'intermédiaire de KALIXIA, Société par Actions Simplifiée au capital de 5 000 000 €, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro n°509 626 552 et dont le siège est situé 122 rue Javel 75015 Paris.

VOTRE ASSISTANCE SANTÉ RENFORCÉE



BÉNÉFICIEZ DE SERVICES D'ASSISTANCE QUI VOUS ACCOMPAGNENT ET RÉPONDENT À VOS BESOINS, À TOUT MOMENT !

VOS BESOINS EN SERVICES ASSISTANCE SANTÉ	À tout moment	Hospitalisation imprévue ou immobilisation imprévue ⁽¹⁾	Chirurgie ambulatoire sans immobilisation ⁽²⁾	Chirurgie ambulatoire avec immobilisation ⁽³⁾	Séjour en maternité ⁽⁴⁾	Traitement lié aux cancers (chimio...)
CONSEILS ET ÉCOUTE	Des réponses à vos questions 24h/24 et 7j/7					
SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE	Un psychologue clinicien peut vous accompagner en cas de coup dur ⁽⁵⁾					
INFORMATIONS	Informations juridiques liées à la famille, la santé, le droit du travail, la retraite, la perte d'autonomie, la succession, la fiscalité, l'administration, la justice, la vie pratique...					
AIDES POUR FACILITER LE QUOTIDIEN						
Aide-ménagère	✓			✓	✓	✓
Garde d'enfants	✓		✓	✓	✓	✓
Trajet enfants domicile-école	✓		✓	✓	✓	✓
Déplacement d'un proche pour garde d'enfants	✓		✓	✓	✓	✓
Prise en charge des ascendants	✓				✓	✓
Transport à l'hôpital			✓	✓		
Livraison de courses et de médicaments	✓			✓		
Prise en charge des animaux domestiques	✓			✓		

⁽¹⁾ Hospitalisation imprévue de plus de 2 jours ou immobilisation imprévue de plus de 5 jours.

⁽²⁾ De l'Adhérent ou de son conjoint. ⁽³⁾ En cas d'immobilisation à domicile d'au moins 5 jours. ⁽⁴⁾ En cas de séjour en maternité supérieur à 5 jours ou en cas de naissance multiple.

⁽⁵⁾ Jusqu'à 5 entretiens téléphoniques, complétés si nécessaire de 3 entretiens en face à face.

Ce service est proposé par l'intermédiaire d'Inter Mutuelles Assistance GIE, au capital de 3 547 170 euros, immatriculée RCS Niort : 433.240.991 et dont le siège est situé 118 avenue de Paris CS40000 79033 Niort Cedex 9.

- VOUS AVEZ BESOIN D'UNE AIDE-MÉNAGÈRE PENDANT OU APRÈS UNE HOSPITALISATION ?
- VOUS RECHERCHEZ DES CONSEILS POUR FAIRE VALOIR VOS DROITS ?
- VOUS VIVEZ UNE PÉRIODE DIFFICILE ?

ACCÈS AU SERVICE :



➔ Pour bénéficier des services d'assistance inclus dans votre contrat :

Contactez Inter Mutuelles Assistance 24 h/24, 7 j/7 **N°Cristal** 09 69 363 765

lors de l'appel, votre numéro d'adhérent, nom et prénom vous seront demandés. vous obtiendrez un numéro de dossier indispensable pour la prise en charge des interventions.

APPEL NON SURTAXE



- Le nombre d'heures d'aide-ménagère attribué dépend de votre situation (présence ou non d'un proche pour vous aider, surface habitable...)
- Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.
- Pour plus d'informations sur les conditions de mise en oeuvre de cette prestation, reportez-vous à la notice d'information Assistance à domicile et aide à l'aidant.

À noter : L'application de ces garanties est appréciée en fonction de votre situation personnelle.

VOTRE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE AVEC L'ASSISTANCE IMA



VOTRE ENTREPRISE A SOUSCRIT À UN CONTRAT STANDARD ESPRIT COLLECTIF, ESPRIT COLLECTIF SYNTEC SANTÉ ENTREPRISE OU À UN CONTRAT SUR-MESURE...

Vous et vos salariés pouvez bénéficier, en cas d'évènements ressentis comme traumatisants jusqu'à 8 séances de consultation avec un psychologue !

Consultation téléphonique



5 entretiens téléphoniques avec un psychologue du réseau IMA

Le réseau IMA est constitué de 1500 psychologues en France métropolitaine et DROM



Consultation physique



3 consultations en cabinet complémentaires

- Soit avec un psychologue du réseau IMA,
- Soit avec un psychologue de son choix, en dehors du réseau IMA*

**Dans ce cas, IMA rembourse sur justificatif jusqu'à 3 séances dans la limite de 60 € par séance. Dispositions valables jusqu'au 31 décembre 2021.*

1



Contactez IMA au numéro de téléphone indiqué dans la notice d'assistance

2



Un chargé d'assistance prend en charge la demande et organise la prise de rendez-vous avec un psychologue du réseau IMA

3



Le psychologue convient du dispositif d'accompagnement à mettre en oeuvre et assure le suivi de la prestation.



Pour les consultations hors réseau IMA qui auraient été préalablement convenues avec le chargé d'assistance,

ACCÈS AU SERVICE :



Pour bénéficier des services d'assistance inclus dans votre contrat :

Service disponible 24 h/24 et 7 j/7

ou + 33 5 49 34 88 73 depuis l'étranger



N°Cristal

09 69 363 765

APPEL NON SURTAXE

ACCÉDEZ AUX SERVICES ROEDERER ET AU RÉSEAU KALIXIA



→ ① Téléchargez gratuitement votre application :



Disponible sur
App Store

pour iPhone



DISPONIBLE SUR
Google Play

pour Android

→ ② Lancez l'application. Choisissez "s'inscrire", si vous n'avez pas encore créé votre espace assuré ou utilisez vos identifiants de connexion pour vous connecter !



Carte de **Tiers-Payant**
dématérialisée



Géolocalisez vos praticiens
et partenaires du réseau



Touch ID
pour plus de sécurité



Envoyez-nous
vos factures ou devis
(factures inférieures à 800 €)

RESTEZ INFORMÉ À TOUT MOMENT !

En accédant à votre espace assuré personnalisé et sécurisé
vous êtes averti en temps réels de vos remboursements :



sur le site : www.roederer.fr
Espace client assurés



par SMS : www.roederer.fr
Alerte SMS remboursement



avec votre application
Smartphone Roederer



par courrier : Roederer - 2 rue Bartisch
67024 Strasbourg Cedex 01



par email : www.roederer.fr
Alerte E-MAIL remboursement



par téléphone au : **03 88 76 73 00**
Notre équipe est à votre disposition toute
la semaine de 8h15 à 17h30 sauf le vendredi
et veilles de fêtes à 17h00

NOUS SOMMES À VOTRE ÉCOUTE !

SERVICE PRESTATIONS SANTÉ

Besoin d'un devis optique ou dentaire, d'une information concernant vos remboursements, d'une prise en charge hospitalière, contactez le service prestations santé. Pour les remboursements supérieur à 800 € envoyez impérativement l'original de la facture.

E-MAIL

santecollective@roederer.fr
devisdentaire@roederer.fr
devisoptique@roederer.fr

AFFILIATION DES ASSURÉS

Affiliation des adhérents et des ayants-droit à la mise en place comme à l'entrée de nouveaux salariés. Gestion de la télétransmission.

afficotis@roederer.fr



***Nous vous remercions
de votre confiance.
Nous espérons vous donner
entière satisfaction !***

SAS au capital social de 7 000 000 euros • RCS Strasbourg B339 623 860 • N° SIRET : 339 623 860 00055 • N° TVA : FR 82339623860 • Orias : N° 07000336
www.orias.fr - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : ACPR • 4 place de Budapest • 75436 Paris Cedex 09 • Traitement des réclamations :
www.roederer.fr ou à l'adresse suivante : Responsable Conformité • 2 rue Bartisch • B.P. 50076 • 67024 STRASBOURG Cedex 1 • Médiation de l'Assurance :
CSCA / TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - Mail : le.mediateur@mediation-assurance.org • Roederer est couvert par une "RC Professionnelle" et une
"Garantie Financière" conformément aux articles L512-6 et L 512-7 du Code des Assurances

