

RÉUNION D'INFORMATION FUTURS RETRAITES

BIEN CHOISIR SA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ET PRÉVOYANCE

IPECA

ÉQUIPAGE IPECA

VOTRE COMMANDANT DE BORD



Ludovic PRUVOST
Responsable
développement et
Partenariats

VOTRE HÔTESSE



Constance ROGER
Chargée Communication et
Marketing Opérationnel



BIENVENUE A BORD

*« Préserver le patrimoine Aéronautique,
c'est protéger les femmes et les hommes
qui le construisent au quotidien »*

Philippe RICARD, Directeur Général IPECA

NOS ESCALES



INTRODUCTION

#01 CONTRAT RESPONSABLE

#02 CONSEILS

#03 COUVERTURE SANTE

#04 COUVERTURE PREVOYANCE

#05 ENGAGEMENTS IPECA

#06 EFFICACITE

#07 A RETENIR

QUESTIONS/RÉPONSES

AU MOMENT DU DÉPART EN RETRAITE

Lors de votre arrivée dans l'entreprise, vous avez rejoint la grande famille de l'aéronautique et de l'aérospatiale civile et militaire.

Aujourd'hui vous bénéficiez d'une couverture santé et prévoyance obligatoire, souscrite par votre employeur, accompagnée d'un bouquet de services.

Lors de votre départ à la retraite, vos garanties couvrant également vos proches cesseront.

IPECA continue de vous accompagner au sein de la communauté aéronautique, spatial et défense dans la poursuite de votre protection.



PRÉVOYANCE CE QUI N'EST PLUS COUVERT AU 1^{ER} JOUR DE LA RETRAITE

INCAPACITE TEMPORAIRE

- Maintien de salaire **employeur**
- Versement d'indemnités journalières par la **sécurité sociale**
- Versement d'indemnités complémentaires versées par **IPECA**

INVALIDITE

- Versement d'une pension d'invalidité par la **sécurité sociale**
- Versement d'une rente d'invalidité par **IPECA**

DECES

- Versement d'un capital décès par la **sécurité sociale** (3539€)
- Versement d'un capital décès par **IPECA**

SANTÉ CE QUI N'EST PLUS COUVERT AU 1^{ER} JOUR DE LA RETRAITE

SOINS COURANTS

- Consultations généralistes/spécialistes
- Pharmacie
- Laboratoires
- Matériel médical, etc

HOSPITALISATION

- Honoraires médicaux/chirurgicaux
- Frais de séjours
- Forfait journalier
- Chambre particulière
- Transports

DENTAIRE

- Soins dentaire
- Orthodontie
- Prothèses dentaires
- Implants dentaires
- Couronnes dentaires

AIDES AUDITIVES

- Prothèses auditives
- Piles accessoires, consommable

OPTIQUE

- Equipement optique : verres et montures
- Lentilles
- Chirurgie réfractive

AUTRES PRESTATIONS REMBOURSEES OU NON SECURITE SOCIALE

- Cures thermales
- Vaccins
- Médecine douce (Ostéopathe, Chiropracteur, Etiopathe, ...)

COMPLEMENTAIRE SANTE

Dispositif réglementaire Loi Evin

Maintien à l'identique : Hors sur complémentaire – Hors conjoint et enfant – cotisation progressive de 25% la 2^{ème} et 3^{ème} année

Contrat Responsable

Couvre tous les niveaux de besoins :
Basique – Intermédiaire – Renforcé –
Haut de gamme et très haut de gamme

PRÉVOYANCE

Capital Décès Accidentel et Frais d'obsèques toutes causes

Pour permettre à son **conjoint/enfants**
de faire face

Indemnités journalières Hospitalisation

Faire face à une **longue hospitalisation**
et aux imprévus et difficultés
financières

LE CONTRAT RESPONSABLE ET SOLIDAIRE

- ✓ **Impose un minima de couverture dit panier de soins :**
 - ❖ **Prise en charge** du ticket modérateur, du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, du forfait patient urgences
 - ❖ **Prise en charge** du zéro reste à charge dit « **100 % santé** » en optique, prothèses dentaires et audioprothèses
- ✓ **Taxe moins forte** (TSCA : taxe sur les contrats d'assurance) à **13,27%** vs **20,27%** pour un contrat non responsable
- ✓ **Plafonds** de remboursement (exemple 100€ la monture optique)
- ✓ **Limitations** (exemple renouvellement optique tous les 2 ans)



LE 100 % SANTÉ

Pourquoi le 100% Santé ?

Lutter contre le **renoncement aux soins** pour des raisons financières.

Le Président de la République a fait de l'accès à des soins essentiels et de qualité un engagement phare de son quinquennat matérialisé par la réforme du Reste À Charge zéro (RAC 0) devenue 100% Santé.

Qu'est-ce que le 100% Santé ?

Dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et des prothèses dentaires, votre reste à charge peut s'avérer important.

Reste À Charge (RAC) = somme restant à payer après les remboursements de la Sécurité sociale et de votre complémentaire santé IPECA PRÉVOYANCE.

Désormais, en optique, en audiologie et en chirurgie-dentaire, il existera 2 grandes classes de soins et d'équipements, ceux sans RAC intégralement remboursés et ceux avec un RAC.

Améliorer l'accès aux soins

Trop de Français renoncent à des aides auditives, des lunettes de vue ou des prothèses dentaires.

AUDIOLOGIE



Des malentendants ne sont pas équipés⁽¹⁾

⁽¹⁾ SNDS et INSEE 2014

OPTIQUE



Renoncent aux équipements optiques⁽²⁾

⁽²⁾ EHIS-ESPS, Drees-Irdes 2014

DENTAIRE



Renoncent aux soins dentaires⁽²⁾



Des soins et un large choix d'équipements de qualité, 100% remboursés.

Une offre pour toutes les personnes bénéficiant d'une complémentaire santé responsable ou de la Complémentaire Santé Solidaire.

Disponible auprès de tous les audioprothésistes, opticiens et dentistes conventionnés.

UNE COUVERTURE ADAPTÉE AUX BESOINS

Les questions essentielles pour bien choisir ses niveaux de garanties

SOINS COURANTS

Consultation généraliste et spécialiste, radiologie et laboratoires

Consultez vous des médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires ?

Jamais	Moins de 3 fois par an	Plus de 3 fois par an
--------	------------------------	-----------------------

A quelle fréquence avez-vous des actes de radiologie avec dépassements d'honoraires ?

Jamais	Moins de 3 fois par an	Plus de 3 fois par an
--------	------------------------	-----------------------

La **fréquence et le montant** des **dépassements d'honoraires** sont des indicateurs précieux pour définir son niveau de couverture.

Le **coût de la monture et des verres** ou des **lentilles** aide à définir le niveau de couverture.

Dés le **1^{er} niveau** accès aux équipements définis par la sécurité sociale dans le cadre du **zéro reste à charge**.

OPTIQUE

Lunettes et lentilles

Portez vous des lunettes et/ou lentilles ?

OUI	NON
-----	-----

Pour mes lunettes et/ou lentilles, je souhaite une couverture :

Basique	Intermédiaire	Renforcée
---------	---------------	-----------

2. CONSEIL : DEFINIR SES BESOINS

DENTAIRE

Actes prothétiques et implants dentaires, autres actes non couverts par la SS

Pour mes besoins de prothèses dentaires ou implants, je souhaite une couverture :

Basique

Intermédiaire

Renforcée

Avez-vous d'autres besoins dentaires non pris en charge par la sécurité sociale ?

Jamais

Ponctuellement

Régulièrement

Le **zéro reste à charge** s'applique dès le **1^{er} niveau** pour les équipements du panier 100% santé.

Les **soins** sont globalement **couverts en intégralité** par la sécurité sociale + complémentaire santé basique chez de nombreux dentistes.
Les **implants dentaires** ne sont **pas couverts** par la SS.

AUDIOLOGIE

Prothèses et accessoires

Je porte un appareil auditif ?

OUI

NON

Pour mes prothèses auditives, je souhaite une couverture :

Basique

Intermédiaire

Renforcée

2. CONSEIL : DEFINIR SES BESOINS

HOSPITALISATION

Honoraires médicaux et chirurgicaux, frais de séjours et chambre particulière

Je souhaite une couverture pour les honoraires médicaux et chirurgicaux :

Basique	Intermédiaire	Renforcée
---------	---------------	-----------

Je souhaite une couverture pour les frais de confort :

Basique	Intermédiaire	Renforcée
---------	---------------	-----------

L'hospitalisation est un poste de couverture comportant **beaucoup d'aléas**.
Exemples : accident, longue hospitalisation, éloignement du domicile, pathologie nécessitant de se rendre dans un hôpital reconnu pour une spécialité, honoraires chirurgicaux **imprévus**, ... etc

Le **nombre et le coût** des séances permettent de déterminer le bon choix de couverture

Actes non remboursés par la sécurité sociale

Médecine douce, cure thermale, vaccin, automédication

Je consulte un Ostéopathe, Acupuncteur, Chiropracteur, diététicien

Jamais	Ponctuellement	Régulièrement
--------	----------------	---------------

J'ai des besoins de cure thermal :

Jamais	Ponctuellement	Régulièrement
--------	----------------	---------------

2. CONSEIL : DEFINIR SES BESOINS

FORMULAIRE DE RECUEIL DES BESOINS AVANT SOUSCRIPTION

En application de la réglementation relative à la distribution de produits d'assurance, ce document est destiné à formaliser vos besoins pour l'étude d'une adhésion à un contrat Frais de santé et Prévoyance

Réservé aux anciens salariés

Nom * _____
Prénom * _____
Numéro de participant * _____ (présent sur votre carte de tiers payant)
Tél. mobile * ____/____/____/____/____ Tél. fixe * ____/____/____/____
Date de naissance *
Courriel * _____@_____
Situation de famille Nombre d'enfant à charge :

Vous êtes ancien salarié et souhaitez, si cela correspond à vos besoins, bénéficier avec IPECA PRÉVOYANCE :

Au regard des besoins exprimés, la couverture la plus adaptée est :

→ D'une couverture santé réglementaire :

Maintien de la couverture collective, ancien salarié seul. ▶ Dispositif LOI EVIN

→ D'une couverture santé : - avec les renforts suivants :

<input type="checkbox"/> Renforcée	<input type="checkbox"/> Honoraires médicaux et hospitalisation	▶ Performance 3	▶ Module A
<input type="checkbox"/> Intermédiaire	<input type="checkbox"/> Optique et dentaire	▶ Performance 2	▶ Module B
<input type="checkbox"/> Basique	<input type="checkbox"/> Médecines douces et dentaire	▶ Performance 1	▶ Module C

→ D'une couverture en cas de décès accidentel :

<input type="checkbox"/> Renforcée	EN DÉCÈS ACCIDENTEL : ▶ IPECA Décès Accidentel avec capital de 100 000 € ▶ IPECA Décès Accidentel avec capital de 50 000 € ▶ IPECA Décès Accidentel avec capital de 20 000 €
<input type="checkbox"/> Intermédiaire	
<input type="checkbox"/> Basique	

Associé à un capital obsèques : Versement de 2 500 € pour les frais d'obsèques quelle que soit la cause

→ D'une couverture en cas d'hospitalisation :

<input type="checkbox"/> Renforcée	ET EN HOSPITALISATION : ▶ IPECA IJ Hospi 100 € par jour ▶ IPECA IJ Hospi 50 € par jour ▶ IPECA IJ Hospi 20 € par jour
<input type="checkbox"/> Intermédiaire	
<input type="checkbox"/> Basique	

Cocher les niveaux de couvertures correspondants à vos besoins

Performance gamme responsable à 3 niveaux de couverture et 3 renforts

Garantie Capital Décès accidentel associé à un versement **obsèques toutes causes**

Indemnités journalières Hospitalisation

DISPOSITIF SANTÉ LOI ÉVIN

Une couverture santé réglementaire, limitée et peu flexible

Maintien des garanties santé du régime collectif obligatoire

Couverture **non étendue à la famille**,
hors sur-complémentaire facultative
Pas de maintien des **services**



Pas de financement **employeur**
Cotisation progressive avec majoration
de 25 % en année 2 et de 50 % en
année 3
Pas de **modulation** des garanties

3. COUVERTURE SANTE

PERFORMANCE : SUR MESURE AVEC PROTECTION À LA CARTE

Couverture complémentaire santé s'ajustant aux besoins de chacun et innovante par la couverture de nombreux actes non remboursés par la Sécurité sociale

Les + de la garantie :

Garanties responsables intégrant le **reste à charge zéro**

Garanties **évolutives sur 3 niveaux avec 3 renforts**

Couverture annuelle sur les actes innovants et les médecines douces

Absence d'évolution tarifaire liée à l'âge durant toute la vie du contrat

Cotisations mensuelles 2022

	Performance 1	Performance 2	Performance 3
Assuré de 55 ans et plus	67,20 €	93,40 €	154,70 €
Conjoint de 55 ans et plus	57,04 €	79,39 €	131,16 €
Enfant jusqu'à 25 ans	23,70 €	33,20 €	50,10 €

3. COUVERTURE SANTE

TABLEAU DES GARANTIES PERFORMANCE 1

Prestations incluant le remboursement de la Sécurité sociale et autres organismes à concurrence des frais engagés, sauf mentions contraires. En tout état de cause, l'Institution prend en charge le ticket modérateur.

SOINS COURANTS

■ HONORAIRES MÉDICAUX

Signataires ou non d'une Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

• CONSULTATIONS - VISITES GÉNÉRALISTES

100 % de la BR

• CONSULTATIONS - VISITES SPÉCIALISTES

100 % de la BR

• ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX

100 % de la BR

• RADIOLOGIE, ÉCHOGRAPHIE ET IMAGERIE MÉDICALE

100 % de la BR

• SAGE FEMME

100 % de la BR

■ HONORAIRES PARAMÉDICAUX

100 % de la BR

■ ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

100 % de la BR

■ MÉDICAMENTS remboursés par la Sécurité sociale

100 % de la BR

■ MATÉRIEL MÉDICAL

100 % de la BR

HOSPITALISATION

■ HONORAIRES

Signataires ou non d'une Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

♦ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : 150 % de la BR

♦ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : 130 % de la BR

■ FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

100 % des frais réels illimités dans le temps

■ FRAIS ANNEXES (frais de salle d'opération, aide opératoire et pharmacie extra-usuelle liée à l'acte)

150 % de la BR

■ FRAIS DE SÉJOUR

• ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ

100 % de la BR

• ÉTABLISSEMENT NON CONVENTIONNÉ

100 % de la BR dans la limite de 10 000 € / an et au minimum le Ticket modérateur

■ CHAMBRE PARTICULIÈRE

Établissement conventionné ou non 40 € / jour

■ FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT

Bénéficiaire âgé de moins de 12 ans ou plus de 65 ans

Établissement conventionné ou non 20 € / jour

■ FRAIS DE TRANSPORT

Remboursé par la Sécurité sociale 100 % de la BR

Prise en charge IPECA des dépassements d'honoraires

Cette formule prend en charge vos frais médicaux à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Elle est faite pour vous si :

- vous n'avez pas de besoin particulier en matière de santé;
- vous souhaitez contrôler votre budget santé;
- vous consultez des médecins pratiquant pas ou peu de dépassements d'honoraires.

SÉJOURS EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

■ FRAIS DE SÉJOUR

• ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ

100 % de la BR

• ÉTABLISSEMENT NON CONVENTIONNÉ

100 % de la BR dans la limite de 10 000 € / an et au minimum le Ticket modérateur

■ FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

100 % des frais réels illimités dans le temps



Niveau Performance 1 supérieur au panier de soins (minimum de garantie du contrat responsable)

BR : la base de remboursement correspond au tarif de référence de la Sécurité sociale.

3. COUVERTURE SANTE

TABLEAU DES GARANTIES PERFORMANCE 1

Prestations incluant le remboursement de la Sécurité sociale et autres organismes à concurrence des frais engagés, sauf mentions contraires. En tout état de cause, l'Institution prend en charge le ticket modérateur.

➔
Zéro reste à charge avec le 100% Santé

DENTAIRE
<ul style="list-style-type: none">▪ SOINS 100 % de la BR▪ PROTHÈSES PANIER 100 % SANTÉ (SANS RESTE À CHARGE) 100 % des frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation fixés▪ PROTHÈSES HORS 100 % SANTÉ<ul style="list-style-type: none">• PROTHÈSES PANIER À TARIF MAÎTRISÉ dont inlays-onlays Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des honoraires limites de facturation fixée<ul style="list-style-type: none">◊ Prothèses fixes : 120 € / dent◊ Prothèses amovibles : 300 € / appareil et au minimum le ticket modérateur◊ Autres prothèses remboursées : 30 % de la BR• PROTHÈSES PANIER À TARIF LIBRE dont inlays-onlays Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale<ul style="list-style-type: none">◊ Prothèses fixes : 120 € / dent◊ Prothèses amovibles : 300 € / appareil et au minimum le ticket modérateur◊ Autres prothèses remboursées : 30 % de la BR▪ PROTHÈSES NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE<ul style="list-style-type: none">◊ Prothèses fixes : 120 € / dent◊ Prothèses amovibles : 300 € / appareil▪ PLAFOND ANNUEL PAR BÉNÉFICIAIRE POUR LES PROTHÈSES DENTAIRES Panier libre et maîtrisé uniquement. 1 000 € au-delà, remboursement à hauteur du Ticket modérateur▪ ORTHODONTIE<ul style="list-style-type: none">• REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE 150 % de la BR• NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE 300 € / semestre

➔
Zéro reste à charge avec le 100% Santé

AIDES AUDITIVES
<ul style="list-style-type: none">▪ ÉQUIPEMENT PANIER 100 % SANTÉ (SANS RESTE À CHARGE) Classe I : équipement sans reste à charge, soumis à un prix limite de vente dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans<ul style="list-style-type: none">◊ Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans 100 % des frais réels par oreille◊ Bénéficiaire âgé jusqu'à 20 ans 100 % des frais réels par oreille▪ ÉQUIPEMENT PANIER À TARIF LIBRE (HORS 100 % SANTÉ) Classe II : équipement à tarif libre avec possible reste à charge dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans. Prestation incluant le remboursement de la Sécurité sociale et le ticket modérateur<ul style="list-style-type: none">◊ Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans 550 € / oreille◊ Bénéficiaire âgé jusqu'à 20 ans et bénéficiaires souffrant de cécité 1 400 € / oreille▪ PILES, ACCESSOIRES, CONSOMMABLE 100 % de la BR

3. COUVERTURE SANTE

TABLEAU DES GARANTIES PERFORMANCE 1

Prestations incluant le remboursement de la Sécurité sociale et autres organismes à concurrence des frais engagés, sauf mentions contraires. En tout état de cause, l'Institution prend en charge le ticket modérateur.

Zéro reste à charge avec le 100% Santé



OPTIQUE
Les prestations incluent le remboursement de la Sécurité sociale et le ticket modérateur.
Limite de prise en charge :
◊ à partir de 16 ans : 1 équipement tous les 2 ans réduit à 1 an en cas d'évolution de la vue
◊ de 6 à 16 ans : 1 équipement / an
◊ moins de 6 ans : 1 équipement / an réduit à 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
▪ ÉQUIPEMENT PANIER 100 % SANTÉ (SANS RESTE À CHARGE)
Classe A : équipement sans reste à charge, soumis à un prix limite de vente
• VERRES ⁽¹⁾ 100 % des frais réels
• MONTURE 100 % des frais réels
• SUPPLÉMENTS (Verres et montures à coques) 100 % des frais réels
• APPAIRAGE 100 % des frais réels
• ADAPTATION 100 % des frais réels
▪ ÉQUIPEMENT PANIER À TARIF LIBRE (HORS 100 % SANTÉ)
Classe B : équipement à tarif libre, avec un possible reste à charge
• VERRES ⁽¹⁾
◊ Simples : 45 € / verre
◊ Complexes : 100 € / verre
◊ Hyper Complexes : 120 € / verre

OPTIQUE
• MONTURE 40 € La part du forfait non consommée peut être reportée sur la prise en charge des verres
• SUPPLÉMENTS (Verres et montures à coques) 100 % de la BR
• ADAPTATION 100 % de la BR
▪ LENTILLES Remboursées par la Sécurité sociale. Les garanties s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale 30 € / œil / an
▪ LENTILLES Non remboursées par la Sécurité sociale 45 € / œil / an



Prise en charge IPECA même si lentilles non remboursées par la Sécurité sociale

3. COUVERTURE SANTE

TABLEAU DES GARANTIES PERFORMANCE 1

Prestations incluant le remboursement de la Sécurité sociale et autres organismes à concurrence des frais engagés, sauf mentions contraires. En tout état de cause, l'Institution prend en charge le ticket modérateur.

AUTRES PRESTATIONS REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE
▪ CURE THERMALE Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale 200 € / cure

AUTRES PRESTATIONS NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE
▪ CURE THERMALE 200 € / cure
▪ PRIME DE NAISSANCE 200 €
▪ VACCIN ANTI-GRIPPE 100 % des frais réels
▪ ASSISTANCE OUI



Prise en charge
IPECA de la
Cure Thermale
remboursée ou
non par la
sécurité sociale

3. COUVERTURE SANTE

TABLEAU DES GARANTIES PERFORMANCE 2

Prestations incluant le remboursement de la Sécurité sociale et autres organismes à concurrence des frais engagés, sauf mentions contraires. En tout état de cause, l'Institution prend en charge le ticket modérateur.

SOINS COURANTS

■ HONORAIRES MÉDICAUX

Signataires ou non d'une Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

• CONSULTATIONS - VISITES GÉNÉRALISTES

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **140 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **120 %** de la BR

• CONSULTATIONS - VISITES SPÉCIALISTES

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **150 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **130 %** de la BR

• ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **150 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **130 %** de la BR

• RADIOLOGIE, ÉCHOGRAPHIE ET IMAGERIE MÉDICALE

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **150 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **130 %** de la BR

• SAGE FEMME **100 %** de la BR

■ HONORAIRES PARAMÉDICAUX

100 % de la BR

■ ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

100 % de la BR

■ MÉDICAMENTS remboursés par la Sécurité sociale

100 % de la BR

■ MATÉRIEL MÉDICAL

210 % de la BR

Prise en charge
IPECA des
dépassements
d'honoraires

HOSPITALISATION

■ HONORAIRES

Signataires ou non d'une Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **200 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **180 %** de la BR

■ FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

100 % des frais réels illimités dans le temps

■ FRAIS ANNEXES (frais de salle d'opération, aide opératoire et pharmacie extra-usuelle liée à l'acte)

200 % de la BR

■ FRAIS DE SÉJOUR

• ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ

100 % de la BR

• ÉTABLISSEMENT NON CONVENTIONNÉ

100 % de la BR dans la limite de **10 000 €** / an et au minimum le Ticket modérateur

■ CHAMBRE PARTICULIÈRE

Établissement conventionné ou non **50 €** / jour

■ FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT

Bénéficiaire âgé de moins de 12 ans ou plus de 65 ans
Établissement conventionné ou non **25 €** / jour

■ FRAIS DE TRANSPORT

Remboursé par la Sécurité sociale **100 %** de la BR

Cette formule est une garantie intermédiaire pour un budget santé au plus juste. Elle est faite pour vous si :

- vous consultez régulièrement des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires;
- vous souhaitez disposer de garanties optiques renforcées;
- vous souhaitez vous prémunir en cas d'hospitalisation chirurgicale;
- vous n'avez pas de besoins dentaires particuliers (hors soins).

Garanties
élevées

SÉJOURS EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

■ FRAIS DE SÉJOUR

• ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ

100 % de la BR

• ÉTABLISSEMENT NON CONVENTIONNÉ

100 % de la BR dans la limite de **10 000 €** / an et au minimum le Ticket modérateur

■ FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

100 % des frais réels illimités dans le temps

Prise en charge
IPECA des
dépassements
d'honoraires

3. COUVERTURE SANTE

TABLEAU DES GARANTIES PERFORMANCE 2

Prestations incluant le remboursement de la Sécurité sociale et autres organismes à concurrence des frais engagés, sauf mentions contraires. En tout état de cause, l'Institution prend en charge le ticket modérateur.

DENTAIRE
<ul style="list-style-type: none">▪ SOINS 100 % de la BR▪ PROTHÈSES PANIER 100 % SANTÉ (SANS RESTE À CHARGE) 100 % des frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation fixés▪ PROTHÈSES HORS 100 % SANTÉ<ul style="list-style-type: none">• PROTHÈSES PANIER À TARIF MAÎTRISÉ dont inlays-onlays Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des honoraires limites de facturation fixée<ul style="list-style-type: none">◇ Prothèses fixes : 240 € / dent pour les incisives, canines et 1^{ères} prémolaires, 120 € / dent pour les 2^{èmes} prémolaires, molaires et les inlays-cores◇ Prothèses amovibles : 420 € / appareil et au minimum le ticket modérateur◇ Autres prothèses remboursées : 80 % de la BR• PROTHÈSES PANIER À TARIF LIBRE dont inlays-onlays Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale<ul style="list-style-type: none">◇ Prothèses fixes : 240 € / dent pour les incisives, canines et 1^{ères} prémolaires, 120 € / dent pour les 2^{èmes} prémolaires, molaires et les inlays-cores◇ Prothèses amovibles : 420 € / appareil et au minimum le ticket modérateur◇ Autres prothèses remboursées : 80 % de la BR▪ PROTHÈSES NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE<ul style="list-style-type: none">◇ Prothèses fixes : 240 € / dent pour les incisives, canines et 1^{ères} prémolaires, 120 € / dent pour les 2^{èmes} prémolaires, molaires et les inlays-cores◇ Prothèses amovibles : 420 € / appareil

DENTAIRE
<ul style="list-style-type: none">▪ PARODONTOLOGIE NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE 100 € 1 fois / an▪ IMPLANTOLOGIE NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE<ul style="list-style-type: none">◇ Implant : 100 € 1 fois / an◇ Pilier implantaire : 50 € 1 fois / an▪ PLAFOND ANNUEL PAR BÉNÉFICIAIRE POUR LES PROTHÈSES DENTAIRES Panier libre et maîtrisé uniquement. 1 500 € au-delà, remboursement à hauteur du Ticket modérateur▪ ORTHODONTIE<ul style="list-style-type: none">• REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE 150 % de la BR• NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE 300 € / semestre

Prise en charge IPECA même sur les actes Non Remboursés par la Sécurité sociale



IPECA

Prise en charge IPECA même sur les actes Non remboursés par la Sécurité sociale

3. COUVERTURE SANTE

TABLEAU DES GARANTIES PERFORMANCE 2

Prestations incluant le remboursement de la Sécurité sociale et autres organismes à concurrence des frais engagés, sauf mentions contraires. En tout état de cause, l'Institution prend en charge le ticket modérateur.

OPTIQUE

Les prestations incluent le remboursement de la Sécurité sociale et le ticket modérateur.

Limite de prise en charge :

- ◇ à partir de 16 ans : 1 équipement tous les 2 ans réduit à 1 an en cas d'évolution de la vue
- ◇ de 6 à 16 ans : 1 équipement / an
- ◇ moins de 6 ans : 1 équipement / an réduit à 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage

▪ ÉQUIPEMENT PANIER 100 % SANTÉ (SANS RESTE À CHARGE)

Classe A : équipement sans reste à charge, soumis à un prix limite de vente

- **VERRES** ⁽¹⁾
100 % des frais réels
- **MONTURE**
100 % des frais réels
- **SUPPLÉMENTS** (Verres et montures à coques)
100 % des frais réels
- **APPAIRAGE**
100 % des frais réels
- **ADAPTATION**
100 % des frais réels

▪ ÉQUIPEMENT PANIER À TARIF LIBRE (HORS 100 % SANTÉ)

Classe B : équipement à tarif libre, avec un possible reste à charge

- **VERRES** ⁽¹⁾
 - ◇ Simples : 90 € / verre
 - ◇ Complexes : 120 € / verre
 - ◇ Hyper Complexes : 140 € / verre

OPTIQUE

• MONTURE

70 €

La part du forfait non consommée peut être reportée sur la prise en charge des verres

• SUPPLÉMENTS (Verres et montures à coques)

100 % de la BR

• ADAPTATION

100 % de la BR

▪ LENTILLES

Remboursées par la Sécurité sociale.

Les garanties s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale

40 € / œil / an

▪ LENTILLES

Non remboursées par la Sécurité sociale

65 € / œil / an

▪ CHIRURGIE RÉFRACTIVE

150 € / œil

Garanties
intermédiaires



IPECA

Report du non
consommé sur les
verres

3. COUVERTURE SANTE

TABLEAU DES GARANTIES PERFORMANCE 2

Prestations incluant le remboursement de la Sécurité sociale et autres organismes à concurrence des frais engagés, sauf mentions contraires. En tout état de cause, l'Institution prend en charge le ticket modérateur.

AIDES AUDITIVES

- **ÉQUIPEMENT PANIER 100 % SANTÉ (SANS RESTE À CHARGE)**
Classe I : équipement sans reste à charge, soumis à un prix limite de vente dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans

- ◊ Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans
100 % des frais réels par oreille
- ◊ Bénéficiaire âgé jusqu'à 20 ans
100 % des frais réels par oreille

- **ÉQUIPEMENT PANIER À TARIF LIBRE (HORS 100 % SANTÉ)**
Classe II : équipement à tarif libre avec possible reste à charge dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans.
Prestation incluant le remboursement de la Sécurité sociale et le ticket modérateur

- ◊ Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans
700 € / oreille
- ◊ Bénéficiaire âgé jusqu'à 20 ans et bénéficiaires souffrant de cécité
1 400 € / oreille

- **PILES, ACCESSOIRES, CONSOMMABLE**
100 % de la BR

AUTRES PRESTATIONS NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

- **CURE THERMALE**
300 € / cure
- **PRIME DE NAISSANCE**
300 €
- **VACCIN ANTI-GRIPPE**
100 % des frais réels
- **MÉDECINES DOUCES**
Ostéopathe / chiropracteur / étio-pathe / acupuncteur / diététicien
50 € / an
- **ASSISTANCE**
OUI

Forfait
médecine
douce

AUTRES PRESTATIONS REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

- **CURE THERMALE**
Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale
300 € / cure

Prise en charge
IPECA de la
Cure Thermale
remboursée ou
non par la
sécurité sociale

3. COUVERTURE SANTE

TABLEAU DES GARANTIES PERFORMANCE 3

Prestations incluant le remboursement de la Sécurité sociale et autres organismes à concurrence des frais engagés, sauf mentions contraires. En tout état de cause, l'Institution prend en charge le ticket modérateur.

SOINS COURANTS

■ HONORAIRES MÉDICAUX

Signataires ou non d'une Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

• CONSULTATIONS - VISITES GÉNÉRALISTES

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **170 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **150 %** de la BR

• CONSULTATIONS - VISITES SPÉCIALISTES

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **200 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **180 %** de la BR

• ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **250 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **200 %** de la BR

• RADIOLOGIE, ÉCHOGRAPHIE ET IMAGERIE MÉDICALE

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **200 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **180 %** de la BR

• SAGE FEMME **200 %** de la BR

■ HONORAIRES PARAMÉDICAUX

200 % de la BR

■ ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

200 % de la BR

■ MÉDICAMENTS remboursés par la Sécurité sociale

100 % de la BR

■ MATÉRIEL MÉDICAL

300 % de la BR

HOSPITALISATION

■ HONORAIRES

Signataires ou non d'une Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **300 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **200 %** de la BR

■ FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

100 % des frais réels illimités dans le temps

■ FRAIS ANNEXES (frais de salle d'opération, aide opératoire et pharmacie extra-usuelle liée à l'acte)

300 % de la BR

■ FRAIS DE SÉJOUR

• ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ

300 % de la BR

• ÉTABLISSEMENT NON CONVENTIONNÉ

300 % de la BR dans la limite de **10 000 € / an** et au minimum le Ticket modérateur

■ CHAMBRE PARTICULIÈRE

Établissement conventionné ou non **70 € / jour**

■ FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT

Bénéficiaire âgé de moins de 12 ans ou plus de 65 ans
Établissement conventionné ou non **35 € / jour**

■ FRAIS DE TRANSPORT

Remboursé par la Sécurité sociale **100 %** des frais réels

Cette formule vous assure une protection optimale, elle est faite pour vous si :

- vous souhaitez être bien pris en charge sur des dépassements d'honoraires lors d'une hospitalisation chirurgicale, d'actes médicaux ou de consultations;
- vous avez des besoins importants en optique et dentaire;
- vous souhaitez ne pas avoir à contrôler vos dépenses de santé.

Garanties
renforcées

SÉJOURS EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

■ FRAIS DE SÉJOUR

• ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ

300 % de la BR

• ÉTABLISSEMENT NON CONVENTIONNÉ

300 % de la BR dans la limite de **10 000 € / an** et au minimum le Ticket modérateur

■ FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

100 % des frais réels illimités dans le temps

Prise en charge renforcée des
dépassements d'honoraires

3. COUVERTURE SANTE

TABLEAU DES GARANTIES PERFORMANCE 3

Prestations incluant le remboursement de la Sécurité sociale et autres organismes à concurrence des frais engagés, sauf mentions contraires. En tout état de cause, l'Institution prend en charge le ticket modérateur.

DENTAIRE

- **SOINS 200 %** de la BR
- **PROTHÈSES PANIER 100 % SANTÉ (SANS RESTE À CHARGE) 100 %** des frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation fixés
- **PROTHÈSES HORS 100 % SANTÉ**
 - **PROTHÈSES PANIER À TARIF MAÎTRISÉ** dont inlays-onlays
Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des honoraires limites de facturation fixée
 - ◇ Prothèses fixes :
400 € / dent pour les incisives, canines et prémolaires,
200 € / dent pour les molaires, et **230 €** / dent / inlay-core
 - ◇ Prothèses amovibles : **700 €** / appareil et au minimum le ticket modérateur
 - ◇ Autres prothèses remboursées : **130 %** de la BR
 - **PROTHÈSES PANIER À TARIF LIBRE** dont inlays-onlays
Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale
 - ◇ Prothèses fixes :
400 € / dent pour les incisives, canines et prémolaires,
200 € / dent pour les molaires, et **230 €** / dent / inlay-core
 - ◇ Prothèses amovibles : **700 €** / appareil et au minimum le ticket modérateur
 - ◇ Autres prothèses remboursées : **130 %** de la BR
- **PROTHÈSES NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE**
 - ◇ Prothèses fixes :
400 € / dent pour les incisives, canines et prémolaires,
200 € / dent pour les molaires et **230 €** / dent / inlay-core
 - ◇ Prothèses amovibles : **700 €** / appareil

DENTAIRE

- **PARODONTOLOGIE NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE 200 €** 1 fois / an
- **IMPLANTOLOGIE NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE**
 - ◇ Implant : **200 €** 1 fois / an
 - ◇ Pilier implantaire : **100 €** 1 fois / an
- **PLAFOND ANNUEL PAR BÉNÉFICIAIRE POUR LES PROTHÈSES DENTAIRES**
Panier libre et maîtrisé uniquement.
3 000 € au-delà, remboursement à hauteur du Ticket modérateur
- **ORTHODONTIE**
 - **REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE 300 %** de la BR
 - **NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE 600 €** / semestre

Garanties élevées



Prise en charge IPECA même sur les actes Non remboursés par la Sécurité sociale



IPECA

3. COUVERTURE SANTE

TABLEAU DES GARANTIES PERFORMANCE 3

Prestations incluant le remboursement de la Sécurité sociale et autres organismes à concurrence des frais engagés, sauf mentions contraires. En tout état de cause, l'Institution prend en charge le ticket modérateur.

OPTIQUE
Les prestations incluent le remboursement de la Sécurité sociale et le ticket modérateur.
Limite de prise en charge :
◊ à partir de 16 ans : 1 équipement tous les 2 ans réduit à 1 an en cas d'évolution de la vue
◊ de 6 à 16 ans : 1 équipement / an
◊ moins de 6 ans : 1 équipement / an réduit à 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
▪ ÉQUIPEMENT PANIER 100 % SANTÉ (SANS RESTE À CHARGE)
Classe A : équipement sans reste à charge, soumis à un prix limite de vente
• VERRES ⁽¹⁾
100 % des frais réels
• MONTURE
100 % des frais réels
• SUPPLÉMENTS (Verres et montures à coques)
100 % des frais réels
• APPAIRAGE
100 % des frais réels
• ADAPTATION
100 % des frais réels
▪ ÉQUIPEMENT PANIER À TARIF LIBRE (HORS 100 % SANTÉ)
Classe B : équipement à tarif libre, avec un possible reste à charge
• VERRES ⁽¹⁾
◊ Simples : 140 € / verre
◊ Complexes : 170 € / verre
◊ Hyper Complexes : 210 € / verre

OPTIQUE
• MONTURE
100 €
La part du forfait non consommée peut être reportée sur la prise en charge des verres
• SUPPLÉMENTS (Verres et montures à coques)
100 % de la BR
• ADAPTATION
100 % de la BR
▪ LENTILLES
Remboursées par la Sécurité sociale.
Les garanties s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale
60 € / œil / an
▪ LENTILLES
Non remboursées par la Sécurité sociale
85 € / œil / an
▪ CHIRURGIE RÉFRACTIVE
300 € / œil

Plafond du contrat responsable

Garanties renforcées

3. COUVERTURE SANTE

TABLEAU DES GARANTIES PERFORMANCE 3

Prestations incluant le remboursement de la Sécurité sociale et autres organismes à concurrence des frais engagés, sauf mentions contraires. En tout état de cause, l'Institution prend en charge le ticket modérateur.

AIDES AUDITIVES

- **ÉQUIPEMENT PANIER 100 % SANTÉ (SANS RESTE À CHARGE)**
Classe I : équipement sans reste à charge, soumis à un prix limite de vente dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans
 - ◊ Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans
100 % des frais réels par oreille
 - ◊ Bénéficiaire âgé jusqu'à 20 ans
100 % des frais réels par oreille
- **ÉQUIPEMENT PANIER À TARIF LIBRE (HORS 100 % SANTÉ)**
Classe II : équipement à tarif libre avec possible reste à charge dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans. Prestation incluant le remboursement de la Sécurité sociale et le ticket modérateur
 - ◊ Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans
940 € / oreille
 - ◊ Bénéficiaire âgé jusqu'à 20 ans et bénéficiaires souffrant de cécité
1 550 € / oreille
- **PILES, ACCESSOIRES, CONSOMMABLE**
100 % de la BR

Garanties élevées

AUTRES PRESTATIONS NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

- **CURE THERMALE**
500 € / cure
- **PRIME DE NAISSANCE**
500 €
- **VACCIN ANTI-GRIPPE**
100 % des frais réels
- **MÉDECINES DOUCES**
Ostéopathe / chiropracteur / étiope / acupuncteur / diététicien
100 € / an
- **ASSISTANCE**
OUI

Forfait médecine douce renforcé

AUTRES PRESTATIONS REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

- **CURE THERMALE**
Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale
500 € / cure

Garanties renforcées

PERFORMANCE NIVEAUX 1, 2 ET 3 : 3 MODULES DE RENFORT

MODULE A

HONORAIRES MÉDICAUX
& HOSPITALISATION

Chambre particulière : + 30 € / jour
Frais d'accompagnement : + 10 € / jour
Honoraires médicaux & chirurgicaux : +
120 % de la BR
Prothèses auditives : + 150 € / oreille

9,10€ par mois
(24 mois minimum)

MODULE B

OPTIQUE & DENTAIRE

**Verres (complexes et hyper
complexes)** : + 60 € / verre
Prothèses dentaires fixes : +
90 € / dent
Prothèses dentaires amovibles :
+ 135 € / dent

9,70 € par mois
(24 mois
minimum)

MODULE C

MÉDECINES DOUCES
& DENTAIRE

Parodontie : + 400 € / an
Implant : + 400 € / an
Pilier implantaire : + 200 € / an
Médecines Douces : + 150 € / an
Panier automédication : + 50 € / an

17,50€ par mois
(24 mois minimum)

4. COUVERTURE PREVOYANCE

UNE COUVERTURE ADAPTÉE AUX BESOINS

Les questions essentielles pour bien choisir ses niveaux de garanties

Prévoyance Décès

Souhaitez vous maintenir une couverture en cas de décès accidentel?

OUI	NON
-----	-----

Si oui, je souhaite une couverture :

Basique : 20 000€	Intermédiaire : 50 000€	Renforcée : 100 000€
-------------------	-------------------------	----------------------

Souhaitez vous maintenir une couverture en cas de décès toutes causes pour les frais d'obsèques?

OUI : 2 500€	NON
--------------	-----

Souvent oubliée, la couverture en cas de décès permet aux proches de **faire face aux difficultés financières** en cas de disparition soudaine.

Une longue hospitalisation peut engendrer des **frais lourds** et **imprévus** qui vont au-delà de la couverture santé.

Prévoyance Hospitalisation

Je souhaite me prémunir des "aléas du risque" en cas d'hospitalisation :

OUI	NON
-----	-----

Le versement d'indemnité forfaitaire journalière, me convient :

OUI	NON
-----	-----

Si oui, je souhaite une indemnité forfaitaire journalière de :

Basique : 20€ / Jour	Intermédiaire : 50€ / Jour	Renforcée : 100€ / Jour
----------------------	----------------------------	-------------------------

IPECA DÉCÈS ACCIDENTEL

Capital de 20 000 €, 50 000 € ou 100 000 € en cas de décès par accident et frais d'obsèques de 2 500€ décès toutes causes

Les + de la garantie :

- Absence d'examen et de questionnaire médical à la souscription, de carence, de délai d'attente
- Absence de droit de succession sur le capital
- Couverture **Monde entier**
- Versement à la personne ayant à assumé les **frais d'obsèques** d'un capital de 2 500 € en cas de décès par accident et par maladie
- Assistance avec **rapatriement** du corps et déplacement d'un proche
- **Absence d'évolution tarifaire liée à l'âge** durant toute la vie du contrat



	COTISATION MENSUELLE 2022	
	ASSURÉ PRINCIPAL	CONJOINT
Capital de 20 000 €	6,44 €	5,21 €
Capital de 50 000 €	14,62 €	12,16 €
Capital de 100 000 €	28,24 €	23,74 €

4. COUVERTURE PREVOYANCE

IPECA HOSPI

Versement d'**indemnités journalières** forfaitaires de 20, 50 ou 100 € selon le niveau de garantie choisi à l'adhésion **en cas d'hospitalisation prévue comme imprévue** de l'ancien salarié et si souhaité de son conjoint et de son enfant

Les + de la garantie :

- **Absence d'examen et de questionnaire médical** à la souscription
- **Couverture à vie**
- Couverture **Monde entier**
- Versement **supplémentaire** forfaitaire en cas d'**hospitalisation longue**
- Assistance avec **aide à domicile** et prise en charge des ascendants
- **Absence d'évolution tarifaire liée à l'âge** durant toute la vie du contrat



NIVEAU D'INDEMNITÉ FOR-FAITAIRE JOURNALIÈRE	COTISATION MENSUELLE 2022*		
	ASSURÉ PRINCIPAL	CONJOINT	ENFANT (jusqu'à 25 ans révolus)*
20 € / jour	8,55 €	6,70 €	4,70 €
50 € / jour	20,35 €	16,70 €	11,80 €
100 € / jour	40,05 €	33,50 €	23,60 €

*La limite d'âge pour les enfants est de 18 ans, ou de 25 ans à condition d'être fiscalement à la charge du Participant et de poursuivre des études.

LE BÉNÉFICE D'UNE VÉRITABLE SOLIDARITÉ

Un système vertueux et bénéfique pour tous

Avec **IPECA** vous bénéficiez :

- Des **garanties ouvertes à tous sans distinction d'âge.**
 - De **cotisations qui n'évoluent pas en fonction de votre âge,**
 - Et **15% d'abattement** sur toute la durée de la couverture **pour le conjoint,** lors d'une adhésion en couple
- **Pourquoi ? A la retraite les revenus évoluent peu** mais les **cotisations santé peuvent s'envoler** avec les années et certains niveaux de **garanties deviennent parfois inaccessibles !**

“

IPECA, une vie à vous protéger

”



SERVICES UTILES ET INTÉGRÉS

Un très haut niveau de service associés

- Socle de services d'assurance et de prévention déployés à l'ensemble des assurés IPECA
- Pour **prévenir**, **faciliter** l'accès aux soins, **accompagner** et **assister** en situation d'urgence

Accompagnement complet à tous les moments de vie



Test de vue en téléconsultation

★ **Nouveauté 2021**

Opticien en ligne qui prend soin de votre vision, sans vous déplacer



Téléconsultation médicale

Consultation médicale à distance 24h/7j pour des problèmes de santé courants



Second avis médical

Avis médical d'un expert en cas de problème de santé sérieux, ou de prise de décision médicale importante



Accompagnement au deuil

Ecoute et accompagnement dédié au deuil par une équipe spécialisée



Assistance

Prestation de services, d'aides, de conseils et d'information à tous les moments d'aléas de vie

ESPACE PRIVÉ IPECA.FR

Simple et pratique, cet espace privé et sécurisé vous permet de :

Gérer votre compte et l'ensemble de vos documents

Contactez les conseillers IPECA par courriel

Accéder aux informations pratiques et services en ligne 24h/24 et 7j/7



Télécharger de nombreux documents et notamment votre carte de tiers-payant

Consulter vos décomptes de remboursement santé et prévoyance

Effectuer vos démarches en ligne



Pensez à renseigner votre adresse mail personnelle avant votre départ

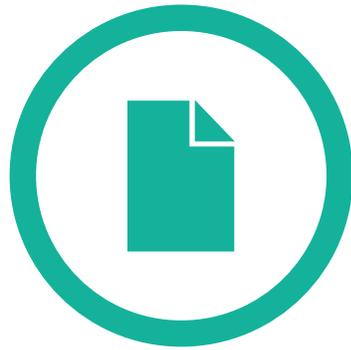
APPLICATION MOBILE MYIPECA

Toutes vos informations santé et prévoyance à portée de main !



CONSULTER

Consulter le détail de vos remboursements santé et vos décomptes prévoyance



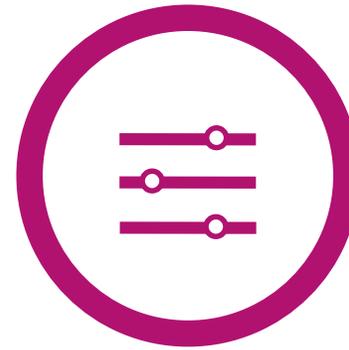
TÉLÉCHARGER

Télécharger votre carte de tiers payant



ENVOYER

Envoyer vos pièces administratives directement depuis l'appli



FILTRE

Filtrer vos relevés de remboursement : par nature, par date de soin, par date de remboursement ou par bénéficiaire



SUIVRE

Suivre les évolutions de votre compte

IPECA : ORGANISME PARITAIRE À BUT NON LUCRATIF

Depuis plus de 70 ans, IPECA développe un **savoir-faire unique** sur le **marché aéronautique et spatial**, ce qui lui vaut aujourd'hui sa renommée nationale dans le domaine de la protection sociale.

**INSTITUTION
PARITAIRE**

→ **Assemblée représentant de manière égalitaire les entreprises et les salariés**

**À BUT
NON LUCRATIF**

→ **Cotisations redistribuées sous forme de prestations**

**RÉGIE PAR LE TITRE III DU LIVRE IX
DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

→ **Relevant de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)**

CONSEIL D'ADMINISTRATION REPRÉSENTATIF

LES RETRAITES CONTINUENT D'ETRE REPRESENTES

- Conseil d'Administration composé, à parts égales :
 - des représentants des entreprises adhérentes (collège Adhérents)
 - des **représentants** des salariés et **retraités** (collège Participants)
- Administrateurs élus pour une **durée de 4 ans** et déterminant les **orientations stratégiques** et politiques nécessaires à la gestion de l'Institution



7. BON A RETENIR

OFFRES CONCUES ET RÉSERVÉES AUX ANCIENS SALARIES

- **Effet immédiat** au 1^{er} jour de votre retraite ou à la date souhaitée
- **Pas de carence, ni délais d'attente**
- **Cotisations et garanties** qui n'évoluent **pas avec l'âge**

Pour nous joindre

- ✓ Par téléphone au **0977 425 425** N° non surtaxé
- ✓ Par votre **espace personnel**
- ✓ Par le site **ipeca.fr** demande de devis

Pour souscrire, c'est très simple !

- ✓ **Renvoyez votre dossier** complété, daté et signé par courrier :
 - IPECA Service commercial Individuel, 5 rue Paul Barruel 75740 Paris cedex 15
- ✓ **Pour ajouter un module** à la garantie Performance s'effectue par un **simple courrier**

Se préparer : Contactez nous dans le semestre qui précède votre départ !

Questions / Réponses



Modalités de souscription

- **A quel moment dois je prendre contact avec les équipes IPECA pour préparer mon adhésion santé et prévoyance ?**

Nous vous conseillons de prendre contact avec les équipes IPECA par mail à contact.indiv@ipeca.fr dans les 3 mois qui précèdent votre départ en retraite. Ce délai permet de planifier sereinement le ou les entretiens individuels et de mener la réflexion nécessaire pour l'étude de vos besoins et l'adhésion aux niveaux de garanties correspondant.

- **Peut on souscrire par l'espace personnel ? Renvoyer un dossier papier est une solution mais cela semble la seule ?**

Pour formaliser votre adhésion, nous avons l'obligation de recueillir vos documents contractuels signés et datés en version originale. Par conséquent, nous vous demandons de nous retourner par courrier votre bulletin d'adhésion et mandat SEPA complétés et signés ainsi que votre RIB.

- **Y a t'il une visite médicale pour adhérer ?**

Aucun questionnaire ou examen médical pour adhérer tant en santé que prévoyance.

- **Le contrat performance peut-il être proposé à des nouveaux adhérents (ex: mes parents) ?**

Les couvertures santé et prévoyance IPECA sont dédiées et réservées aux anciens salariés, à leurs conjoints et enfants.

- **Peut-on souscrire un contrat IPECA si on a quitté IPECA pendant quelques années ?**

En tant qu'actif et anciens salariés, vous pouvez adhérer à une couverture santé et prévoyance IPECA à tout moment. En revanche, au moment du départ à la retraite, vous avez un délai de 12 mois pour adhérer, au-delà vous n'avez plus accès aux couvertures.



Modalités de souscription

- **Si je pars de mon entreprise actuelle pour une autre qui n'est plus dans l'aero, pourrais-je reprendre Ipeca pour ma retraite ?**

Oui, en tant qu'ancien salarié, vous avez accès aux couvertures IPECA dans les 12 mois suivant la date votre départ en retraite. Au-delà de 12 mois après votre départ en retraite, vous ne pouvez plus accéder aux couvertures IPECA.

- **Après une phase en loi Evin, une 'descente' vers Performance 2 est elle aussi définitive ?**

S'agissant de votre première adhésion à Performance, nous ne considérons pas cela comme une descente de garantie (certain régime Loi Evin pouvant être inférieur à Performance 1, 2 ou 3) donc celle-ci n'est pas définitive.

- **En invalidité jusqu'à ma retraite, est-ce que tout ce qui est dit s'applique de la même façon ?**

Oui, vous bénéficiez des mêmes conditions d'accès aux couvertures après votre départ en retraite.

- **Couvrez-vous également les enfants adultes + de 27 ans handicapés ? à quelles conditions, tarifs ?**

Les enfants handicapés titulaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) peuvent être maintenus sur le contrat santé de l'ex-salarié ou futur retraité au tarif jeune, sur présentation de ce justificatif.



Modalités de souscription

- **Quel est le délai du traitement du dossier pour le passage du contrat collectif au contrat à titre individuel (soit le 1er jour de la mise à la retraite) ?**

Nos délais de traitement suite à la réception de votre dossier d'adhésion complet et envoyé par la poste est d'environ 3 à 4 jours (en incluant le délai postal).

- **Si je n'adhère pas IPECA au moment de mon départ en retraite, pourrais je revenir quelques années plus tard ?**

L'adhésion aux contrats individuels IPECA doit se faire dans les 12 mois suivant la date de votre départ en retraite. Au-delà, l'accès aux couvertures proposées par IPECA aux anciens salariés n'est plus accepté.

Il demeure néanmoins une exception, si toutefois, votre conjoint(e) est toujours actif et que vous souhaitez rejoindre son régime collectif et obligatoire (couvert ou non par IPECA), vous conservez la possibilité d'adhérer aux couvertures IPECA dans les 12 mois suivant la date de départ en retraite de votre conjoint(e).

- **Mon épouse est également salariée et dispose d'un contrat de complémentaire santé collectif. Je souhaiterais profiter de sa couverture santé pendant les années qui restent avant son départ en retraite. Pourrais-je ensuite repasser sur une couverture IPECA ? Aurais-je les mêmes tarifs et les mêmes couvertures ?**

Connu de notre système d'information comme ancien salarié, vous pouvez vous affilier auprès de notre organisme à compter du passage en retraite de votre épouse, en faisant un choix de couverture personnel ou en couple adapté à vos besoins et cela au tarif mensuel mentionné sur nos plaquettes, sans majoration tarifaire, liée à votre « absence temporaire ».

Les prestations de santé demeurent identiques.



Modalités de souscription

- **Est-ce que la souscription du conjoint ou de l'enfant majeur peut se faire à posteriori ?**

Si vous décidez de vous affilier seul, votre famille (conjoint et/ou enfant(s) à charge fiscale âgé de moins de 25 ans) peut être rattachée à posteriori, en nous adressant une nouvelle demande d'adhésion remplie et signée par l'assuré principal et la partie « Votre adhésion » complétée des informations relatives aux membres de votre foyer. La réduction de 15% sur la cotisation du conjoint est appliquée ainsi que le tarif jeune pour votre enfant.

- **Nous travaillons tous les 2 chez Airbus. Je prends ma retraite le 01/08/2022. Mon mari prends sa retraite le 01/04/2022. Nous avons également le contrat Confortis 1. Comment devons-nous procéder pour avoir une couverture santé acceptable ?**

Vous avez la possibilité, soit de couvrir votre époux sur votre contrat collectif jusqu'au jour de votre départ en retraite puis adhérer en couple à un contrat individuel avec le bénéfice de l'abattement de 15% de la cotisation pour le « conjoint ».

Soit votre époux adhère à un contrat individuel auquel vous pourrez adhérer en tant que conjointe au jour de votre retraite et bénéficier de l'abattement de 15% sur votre cotisation « conjoint ».

Pour que votre couverture vous semble acceptable, nous vous invitons à prendre contact avec nos équipes qui vous conseillerons sur la couverture la plus adaptée à vos besoins.

- **Est-ce 30 jours avant la date d'anniversaire du contrat que nous pouvons changer de niveau de Performance ou les 1er Janvier ?**

Vous avez la possibilité de changer de niveau de garantie à compter de 12 mois de contrat. Au-delà des 12 mois, vous pouvez changer à tout moment avec le respect d'un préavis de 30 jours. Il faut néanmoins rappeler que toute descente de garantie est définitive.



Modalités de souscription

- **Quelles sont les modalités pratiques pour adhérer au contrat choisi ?**

Les formalités à remplir pour souscrire sont simples : renvoyer votre dossier d'adhésion complet (demande d'adhésion, mandat et RIB) par voie postale de préférence 2 semaines avant la cessation de votre couverture employeur.

- **Le choix des modules de renfort est d'une durée de 2 années minimum ?**

En effet, l'engagement d'adhésion à un module de renfort est bien de 24 mois. Au-delà, vous pouvez résilier le module de renfort moyennant un préavis de 30 jours.

- **Doit-on obligatoirement sélectionner des modules? ou chaque couverture peut-elle être prise indépendamment?**

L'adhésion aux modules de renfort est facultative, chaque bénéficiaire fait le choix du ou des modules correspondant à ses besoins.

- **Peut on souscrire par l'espace personnel ? Renvoyer un dossier papier est une solution mais cela semble la seule ?**

Pour formaliser votre adhésion, nous avons l'obligation de recueillir vos documents contractuels signés et datés en version originale. Par conséquent, nous vous demandons de nous retourner par courrier votre bulletin d'adhésion et mandat SEPA complétés et signés ainsi que votre RIB.

- **Les 37 000 retraités sont-ils tous des anciens salariés de mon entreprise ?**

IPECA œuvre pour la filière Aéronautique, Spatial et Défense depuis plus de 70 ans. Par conséquent, les 37 000 retraités couverts par l'Institution sont des anciens salariés d'entreprises adhérentes à IPECA dont votre entreprise fait partie.



Modalités de souscription

- **Mon conjoint était cotisant chez IPECA. Le tarif est-il le même ?**

La cotisation mensuelle pour le conjoint demeure identique selon sa tranche d'âge, quelle que soit la date de son inscription, avec l'application immédiate des 15% de réduction à vie si ce dernier se rattache à la même garantie que celle de l'assuré principal.

- **Mon conjoint a moins de 55 ans, quel est le montant de sa cotisation?**

Les cotisations de notre gamme santé Performance proposent 3 tranches d'âge pour : 27 ans et moins, 28 à 54 ans, 55 ans et plus. A titre d'exemple, la cotisation conjoint de moins de 55 ans pour le niveau Performance 2, s'élève à 65,10 €/mois.

Pour obtenir l'exhaustivité des cotisations, nous vous invitons à nous adresser votre demande par mail à contact.indiv@ipeca.fr

- **Le conjoint peut t'il prendre des modules différents de l'assuré ?**

Les modules ont été conçus pour s'adapter à chaque situation selon l'évolution des besoins de chaque bénéficiaire. Chaque bénéficiaire du contrat santé PERFORMANCE choisit le ou les module(s) souhaité(s), modules qui peuvent être différent pour chacun d'eux.

Il suffit ensuite pour l'assuré principal de nous envoyer une demande écrite et signée demandant l'ajout du ou des module(s) souhaité(s) en désignant le ou les bénéficiaires.

- **Quelles sont les conditions de résiliation du contrat ?**

Vous pouvez résilier votre contrat à chaque échéance annuelle du 1^{er} janvier moyennant un préavis de 2 mois.

Au-delà de 12 mois d'adhésion, vous pouvez résilier votre contrat à tout moment moyennant un préavis de 30 jours.



Couverture Santé

- **La mise en place d'un module est-elle instantanée suite à la demande ?**

L'ajout d'un ou de plusieurs modules est immédiat dès le 1^{er} jour de la demande. Tout comme pour l'ensemble de nos garanties santé individuelles.

Votre engagement est de 24 mois minimum pour chaque module.

- **Les cotisations des modules sont-elles identiques pour l'assuré et le conjoint?**

Oui, les cotisations des modules sont identiques pour chaque bénéficiaire.

- **Peut-on changer de régime en fonction de l'évolution des besoins lié au vieillissement ?**

Vous pouvez changer de niveau de garantie à tout moment au-delà de 12 mois de contrat et moyennant un préavis de 30 jours. Néanmoins, toute descente de garantie est définitive.

Pour mémoire, si vous faites le choix d'un niveau de protection parmi notre gamme PERFORMANCE, l'ajout de module(s) est possible à tout moment et peut être résilié au terme de 24 mois d'adhésion.

- **Garantie médecines douces : quelles conditions mettez-vous sur la qualification des praticiens pour rembourser leurs actes. Quels documents devons-nous éventuellement vous fournir ?**

La liste des professionnels pratiquant ces médecines douces est précisée dans nos plaquettes.

L'envoi d'une facture suffit à vous rembourser ces séances à hauteur de la participation mentionnée dans la garantie santé.

- **Les détails de chaque formule et modules complémentaires sont présentés sur le site ? sont ils téléchargeables ?**

Oui, vous pouvez consulter et télécharger nos brochures depuis notre site IPECA.fr



Couverture Santé

- **Les couvertures Performance sont-elles spécifiques aux retraités ?**

Les couvertures Performance sont destinées aux anciens salariés dont les retraités. Les plus jeunes et les moins jeunes participent à la mutualisation permettant la mise en œuvre de notre solidarité intergénérationnelle.

- **Comment s'effectue le choix des modules ?**

Vous pouvez sélectionner un ou plusieurs modules. Chaque bénéficiaire au contrat choisi ses propres modules. Les modules peuvent être souscrit à tout moment et moyennant un engagement de 24 mois. La cotisation des modules est unitaire. Chaque bénéficiaire sélectionne le ou les module de son choix.

- **Pourquoi l'ostéopathie n'est-elle pas couverte par IPECA ?**

L'ostéopathie dite « médecine douce » fait partie des actes non remboursés par la sécurité sociale et pris en charge par notre gamme Performance. Par exemple : le niveau Performance 3 vous offre un forfait de 100€/an et le module C qui peut être souscrit à tout moment en renfort des 3 niveaux de Performance permet d'obtenir un forfait supplémentaire de 150€/an.

- **En cas de décès du titulaire le conjoint couvert peut-il "reprendre" le contrat ?**

Le conjoint peut effectivement reprendre en son nom le contrat déjà souscrit. Un courrier informatif est d'ailleurs adressé au conjoint survivant.

- **Si on change de formule à un moment donné, existe-t-il une sur cotisation par rapport à la cotisation en vigueur cette année-là ?**

Il n'y a pas de sur cotisation qui s'applique. La cotisation mensuelle correspond à celle de l'année en cours.



Couverture Santé

- **Quelle est le niveau de garantie le plus couramment souscrit ?**

Le niveau Performance 2 correspondant à une couverture intermédiaire est le plus fréquemment souscrit. L'adhésion à un ou plusieurs modules de renfort est également très répandue.

Néanmoins, le niveau de couverture retenu doit avant tout correspondre à vos besoins, vos souhaits et votre budget.

- **Les conditions sont elles identiques entre Dassault et Airbus Marignane pour les futurs retraités ?**

L'ensemble des anciens salariés couverts par IPECA ont accès aux couvertures Prévoyance et Santé Performance dans les mêmes conditions, sans distinction de l'entreprise dans laquelle ils étaient salariés.

- **Si je reste à l'IPECA après mon départ à la retraite, ma fille reste-t-elle couverte par l'IPECA jusqu'à ses 25 ans ?**

Vous avez la faculté de couvrir votre enfant de moins de 25 ans sur votre contrat santé Performance. Dans les 3 mois qui précèdent la date du 25ème anniversaire de votre enfant, nous vous adresserons un courrier pour vous avertir de la cessation de la couverture et offrirons la possibilité à votre enfant de souscrire sa propre couverture.

- **Ma femme ayant aujourd'hui une complémentaire comme elle travaille encore pendant 3 ans, sera-t-il possible de l'inscrire à IPECA à sa retraite ?**

Vous pouvez ajouter votre conjoint à vos couvertures santé et Prévoyance au moment de son départ en retraite.



Couverture Santé

- **Est-ce bien l'entreprise qui vous prévient qu'une personne part en retraite ?**

En effet, l'entreprise informe IPECA de la radiation du salarié avec le motif de départ en retraite. Néanmoins, ces informations étant communiquées dans les jours précédant le départ, nous vous invitons à prendre contact avec IPECA 3 mois avant votre départ pour organiser, programmer et étudier le bon choix de couverture.

- **Vous n'avez pas présenté les tarifs des contrats non responsables ?**

En effet, nous n'avons pas présenté la gamme non responsable. Nous avons concentré l'information sur la gamme responsable Performance qui permet de répondre à un large choix de couverture et de besoins ainsi que de budget.

- **En pré-retraite, je continue à bénéficier des prestations Ipeca avec prise en charge partielle des cotisations. Comment puis-je connaître le niveau des garanties actuelles souscrit par mon employeur ?**

Vous avez accès aux informations sur vos couvertures depuis votre espace privé Ipeca.fr. Vous pouvez également nous contacter pour nous en faire la demande.

- **Pouvez-vous comparer vos offres avec les couvertures actuelles que nous avons par l'entreprise pour comprendre la couverture proposée à la retraite ?**

Oui bien entendu, nous avons réalisé un tableau de correspondance, tableau qui n'est pas un tableau comparatif. Néanmoins au-delà des similitudes de garanties, l'important est d'adhérer à un niveau de couverture correspondant à vos besoins.

Nous sommes à votre écoute pour vous accompagner et vous invitons à prendre contact avec nos équipes pour convenir d'un entretien individuel.



Couverture Santé

- **Un certain nombre de remboursements sont basés sur la base de remboursement fixée par la sécurité sociale or cette base va certainement évoluer dans les années à venir. Comment évolue le contrat, les tarifs évolueront ils en conséquence ?**

Nos remboursements sont en fonction de l'évolution réglementaire de ces bases de remboursements.
Nos garanties santé individuelles prennent également en compte ces changements.

- **Les services sont-ils maintenus quelle que soit la formule retenue avec ou sans Prévoyance?**

Les services que vous détenez aujourd'hui sont maintenus dès le 1^{er} jour de votre passage en retraite, que vous souscriviez ou non à une couverture Prévoyance.

Rappelons néanmoins que le dispositif Loi Evin n'intègre pas le maintien des services et qu'il exclut les ayants droits de la couverture ainsi que les garanties de sur complémentaire.

- **Pouvez-vous détailler la prestation d'assistance?**

en cas d'accident ou de maladie entraînant une immobilisation, ou une hospitalisation dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile : aide à domicile, présence d'un proche, soutien psy individuel, livraison en urgence des médicaments, soutien scolaire des enfants, prise en charge des animaux domestiques au domicile, etc.

L'assistance vous propose un véritable soutien pour vous et vos proches afin de vous aider au quotidien pendant votre immobilisation, hospitalisation ou lors de votre retour à domicile.

Nous vous invitons à consulter votre notice d'informations.



Couverture Prévoyance

- **La couverture IPECA HOSPI est-elle valable aussi pour l'enfant à charge ?**

Vous avez la possibilité de couvrir votre enfant à charge jusqu'à l'âge de 25 ans. Au-delà, votre enfant pourra adhérer à son propre contrat.

- **Mon conjoint est toujours en activité et assuré IPECA, je suis retraité et bénéficie de la couverture famille à son nom. Quid de la partie prévoyance ? Serais-je considéré comme conjoint pour ouvrir un contrat prévoyance en complément (Tarif conjoint?) ?**

En tant que conjoint(e), vous avez la possibilité d'adhérer à une couverture prévoyance IPECA Décès et IPECA Hospi en tant qu'assuré principal. L'abattement de 15% pour le conjoint s'applique dès lors qu'il y a un assuré principal et un conjoint adhérent sur le même contrat.

- **Faut-il également choisir une des solutions prévoyance immédiatement au départ à la retraite?**

La souscription d'une couverture prévoyance est indépendante de la couverture santé et peut être souscrite à tout moment, quelques mois ou quelques années après le départ à la retraite. L'âge limite d'adhésion est fixé à 75 ans.

- **Est-ce que la partie prévoyance est valide dès le premier mois de cotisation ?**

La couverture IPECA Décès accidentel est effective dès le 1er jour d'adhésion.

La couverture IPECA Hospi est effective dès le 1er jour d'adhésion en cas d'accident et un délai de carence de 3 mois à compter du 1er jour d'adhésion s'applique en cas de maladie. Un délai de franchise de 1 jour est appliqué en cas d'hospitalisation suite à un accident et un délai de franchise de 3 jours en cas de maladie.

- **Pour le versement capital décès, peut-on panaché sur plusieurs ayant-droits?**

Une désignation de bénéficiaires est adressée accompagnée du dossier de souscription sur laquelle il est demandé de faire le choix de la désignation contractuelle ou particulière en précisant les bénéficiaires et la part attribuée à chacun des bénéficiaires désignés.



Couverture Prévoyance

- **Doit-on obligatoirement sélectionner une couverture en cas de décès? et une couverture en cas d'hospitalisation?**

Le choix d'une couverture prévoyance (Décès et Hospi) demeure un choix volontaire et facultatif. Néanmoins, il est important d'anticiper un risque lourd tel qu'une hospitalisation ou un décès.

- **Pour le versement frais d'obsèques pourquoi pas un PMSS le coût est toujours supérieur à 1 PMSS?**

La couverture décès accidentel couvre d'une part le versement d'un capital en cas de décès accidentel et d'autre part la couverture des frais d'obsèques jusqu'à 2500€ pour toutes causes de décès.

Notre objectif est de donner l'accès à la couverture pour toutes et tous avec une cotisation accessible et des garanties significative dès le 1^{er} niveau de couverture. Le capital de 20 000€ en cas de décès accidentel et 2 500€ d'indemnisation obsèques nous permet de maintenir une cotisation de seulement 6,44€/mois ainsi qu'un abattement de 15% sur la cotisation du conjoint.

- **Quelle différence entre couverture hospitalisation Performance et Prévoyance ?**

La garantie de Prévoyance IPECA HOSPI apporte un réel complément du contrat Performance. Celle-ci permet de bénéficier d'une indemnité forfaitaire par jour d'hospitalisation. Le montant de l'indemnité versée est déterminé au moment de votre adhésion. Cette garantie permet de faire face aux nombreux frais qui peuvent être imprévus lors d'une longue hospitalisation.

- **Avez vous une offre dépendance pour les grandes invalidités ?**

Nous proposons deux types de couvertures prévoyance, une couverture capital décès en cas de décès accidentel incluant une indemnisation frais d'obsèques pour toutes causes de décès ainsi qu'une couverture d'indemnisation journalière en cas d'hospitalisation. A date, IPECA ne propose pas de garantie dépendance et/ou invalidité.

MERCI POUR VOTRE ATTENTION !

Nous vous souhaitons une belle fin de carrière
ainsi qu'une belle retraite

IPECA

Une vie à vous protéger