

**AXA**

## **Contrat Santé Obligatoire ITG Et Contrats Sur-complémentaires**

Les garanties AXA ont été négociées pour répondre :

- aux obligations légales d'un contrat minimum ici appelé « **Contrat de Base** »
- aux demandes des salariés portés pour accéder à une mutuelle compétitive par le choix des « **sur-complémentaires** » proposées.

### **Des contrats à votre disposition :**

- Le contrat de base : **obligatoire** souscrit par ITG pour vous garantir une couverture santé minimale (Prélèvement sur bulletins de paie)
- Un choix de **contrats sur-complémentaires (1, 2 ou 3) facultatif** souscrit à titre individuel, pour vous permettre un accès raisonné aux soins.
- Une possibilité d'accès à un **contrat « sur-complémentaire 3 »** qui vous donne accès à tous les praticiens ayant des dépassements importants (pas de limitation spécifique des garanties pour les médecins-chirurgiens non CAS, pour les montures optique)
- Un accès à un centre de gestion dédié GFP reconnu pour sa qualité de service.

**Votre contact commercial complémentaire :**

**C O G E A - assurances : Courtier mandaté par ITG**

A privilégier - Email : [cogea.interpro@yahoo.fr](mailto:cogea.interpro@yahoo.fr)

Ligne directe et messagerie : 0608859849



OBLIGATOIRE y compris SS	GARANTIES	FACULTATIF		
		Remboursement y compris contrat « Base » et Sécurité Sociale		
Base	Dans la limite des frais réels engagés	Sur-complémentaire 1	Sur-complémentaire 2	Sur-complémentaire 3
100 % BR 100 % BR 100 % BR	<b>HONORAIRES MEDICAUX</b> CONSULTATIONS-VISITES généralistes CONSULTATIONS-VISITES spécialistes ANALYSES AUXILIAIRES MEDICAUX (kinés, infirmiers, orthophonistes)	150 % BR médecins CAS 125 % BR non CAS 125 % BR 125 % BR	250 % BR médecins CAS 225 % BR non CAS 200 % BR 200 % BR	500 % BR médecins CAS / non CAS 500 % BR 500 % BR
Néant	<b>CHIROPRACTIE -OSTEOPATHIE - ACUPUNCTURE</b> diplômé d'Etat	Néant	30 €/séance limité à 3/an/bénéficiaire	45 €/séance limité à 3/an/bénéficiaire
100 % BR	<b>ACTES DE CHIRURGIE</b> en cabinet ou en ambulatoire	150 % BR médecins CAS 125 % BR non CAS	250 % BR médecins CAS 225 % BR non CAS	500 % BR médecins CAS / non CAS
100 % BR	<b>RADIOLOGIE</b> ACTES D'IMAGERIE - D'ECHOGRAPHIE	150 % BR médecins CAS 120 % BR non CAS	250 % BR médecins CAS 225 % BR non CAS	500 % BR médecins CAS / non CAS
100 % BR	<b>ACTES TECHNIQUES MEDICAUX</b>	150 % BR médecins CAS 125 % BR non CAS	250 % BR médecins CAS 225 % BR non CAS	500 % BR médecins CAS / non CAS
100 % BR	<b>PHARMACIE</b>	100 % BR		
	<b>VACCINS prescrits</b> non remboursés par la Sécurité sociale	<b>Frais réels</b> (limite à 6%PMSS)	<b>Frais réels</b> (limite à 6%PMSS)	<b>Frais réels</b> (limite à 6%PMSS)
100 % BR 125 % BR Néant 125 % BR Néant Néant Néant	<b>DENTAIRE</b> SOINS remboursés par la Sécurité sociale ORTHODONTIE remboursée par la SS ORTHODONTIE non remboursée par la SS PROTHÈSE dentaire remboursée par la SS PROTHÈSE dentaire non remboursé par la SS (hors prothèse provisoire) IMPLANTOLOGIE  PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	150 % de la BR 300 % de la BR Néant 300 % de la BR 220 % BR reconstituée  Néant  Néant  Plafond pour prothèses prises ou non en charge par la SS 1 000 € par an/bénéficiaire	200 % de la BR 400 % de la BR Néant 400 % de la BR 320 % BR reconstituée  200 € maxi 3/an/bénéficiaire 100 € par an/bénéficiaire	500 % BR 400 % BR 200 % BR reconstitué 500 % de la BR 400 % BR reconstituée  500 € maxi 3/an/bénéficiaire 150 € par an/bénéficiaire nomenclature 2 000 € par an/bénéficiaire  (au-delà du plafond, <b>remboursement 125 %BR</b> des prothèses dentaires SS)
maxi100€/monture	<b>OPTIQUE</b> 1 équipement (monture + 2 verres) avec - Pour les adultes, tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les mineurs, un équipement annuel. Ces délais débutent à partir de la date d'achat de l'équipement.	maximum 150 €/monture		
100 € 150 € 150 € 200 € 200 € 200 €	Monture + 2 verres simples Monture 1 verre simple + 1 verre complexe Monture 1 verre simple + 1hyper complexe Monture + 2 verres complexes Monture verre complexe + hyper complexe Monture + 2 verres hyper complexes	250 € 250 € 250 € 250 € 250 € 300 €	350 € 400 € 450 € 450 € 500 € 550 €	pas de maximum monture 470 € 610 € 660 € 750 € 800 € 850 €
100 % BR par an/bénéficiaire Néant Néant	LENTILLES prises en charge par la Sécurité sociale LENTILLES non prises en charge par la Sécurité sociale OPÉRATION DES YEUX chirurgie réfractive	100 % BR + 250 € par an/bénéficiaire Néant  Néant	100 % BR + 250 € par an/bénéficiaire 250 € par an/bénéficiaire 11 % PMSS par an/bénéficiaire	100 % BR + 350 € par an/bénéficiaire 350 € par an/bénéficiaire  30 % PMSS par an/bénéficiaire
100 % BR	<b>PROTHESES MEDICALES</b> ORTHOPEDIE petits et gros appareillages	100 % de la BR + 650€ par an/bénéficiaire	100 % de la BR + 650€ par an/bénéficiaire	100 % de la BR + 700€ par an/bénéficiaire
100 % BR	ACOUSTIQUE	100 % de la BR + 650€ par an/bénéficiaire	100 % de la BR + 650€ par an/bénéficiaire	100 % de la BR + 700€ par an/bénéficiaire
100 % BR 100 % BR	<b>HOSPITALISATION chirurgicale-médicale</b> FRAIS DE SEJOUR ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHESIE-D'OBSTRIQUE ET AUTRES HONORAIRES	150 % de la BR 150 % BR médecins CAS 125 % BR non CAS	250 % de la BR 250 % BR médecins CAS 225 % BR non CAS	500 % de la BR 500 % BR médecins CAS / non CAS
100 % BR	<b>FORFAIT HOSPITALIER journalier</b>	<b>Frais réels</b>		
Néant	<b>PARTICIPATION FORFAIT actes lourds</b>	<b>Frais réels</b>		
Néant	<b>LIT ACCOMPAGNANT</b> enfant jusqu'à 12 ans	<b>Frais réels</b> limite à 3% PMSS dans la limite de 30 jours par hospitalisation/bénéficiaire		
Néant	<b>CHAMBRE PARTICULIERE</b> MEDECINE - CHIRURGIE hors ambulatoire	1,5 %PMSS/jour 30j/hospitalisation/bénéf	2 %PMSS/jour 30 j/hospitalisation/bénéf	3 %PMSS/jour 30j/hospitalisation/bénéf
	<b>MATERNITE</b> FORFAIT GLOBAL CHAMBRE PARTICULIERE MATERNITE dans la limite de 12j/maternité/bénéficiaire	320 € par famille 1,5 % PMSS /jour	400 € par famille 2 %PMSS/jour	500 € par famille 3 % PMSS/jour
100 % BR	<b>MAISON DE REPOS ET CONVALESCENCE</b>	100 % de la BR dans le cadre d'une suite d'hospitalisation pris en charge par la Sécurité sociale		
100 % BR	<b>TRANSPORT TERRESTRE</b> des malades	100 % de la BR		
Néant	<b>CURE THERMALE</b> acceptée SS(transport, soins, hébergement)	100 % BR + 290 € par an/bénéficiaire	100 % BR + 445 € par an/bénéficiaire	100 % BR + 500 € par an/bénéficiaire
Néant	<b>ALLOCATION OBSEQUES</b>	25% PMSS jusqu'à 70 ans	50% PMSS jusqu'à 70 ans	100% PMSS jusqu'à 70 ans
100 % BR	<b>ACTES DE PREVENTION</b>	100 % BR		
Garantie souscrite	<b>ASSISTANCE</b>	Garantie souscrite		

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. PMSS = Plafond Mensuel de Sécurité Sociale (3218€ en 2016). En secteur non conventionné, le cumul des remboursements de la Sécurité sociale et de la mutuelle est plafonné à 225 % du Tarif d'Autorité pour les lignes concernées par la distinction CAS / Non CAS. Pour les frais de séjour, les remboursements en secteur non conventionné sont limités à 90 % des frais réels moins Sécurité sociale, dans la limite de 400 % de la BR reconstituée. Médecins CAS : médecins ayant signé le Contrat d'Accès aux Soins / Médecins non CAS : médecins n'ayant pas signé le Contrat d'Accès aux Soins. Par texte de loi, pour 2016 sur les niveaux 1 et 2, les non CAS sont limités à 225% puis en 2017 à 200%. Document non contractuel.

## OBLIGATOIRE

COTISATIONS 2016	Isolé*		Famille*	
	Taux	€/mois(indicatif)	Taux	€/mois(indicatif)
Base	0.88% PMSS	28.32 €	2.03% PMSS	65.33 €

**Les taux de cotisations contractuels sont en % du PMSS.**

A titre indicatif cotisations en Euros avec PMSS 2016 = 3218€

### Modalités de paiement:

La cotisation Isolé (salarié seul) sera prélevée sur fiche de paye ITG

La répartition se fait à 50% part salariale (14.16€) – 50% part employeur (14.16€)

La cotisation Famille : la différence en euros avec la cotisation isolé sera prélevée directement sur le compte bancaire personnel (37.01€)

## FACULTATIF

**Les cotisations des sur-complémentaires facultatives s'ajoutent à celles du régime de base obligatoire**

COTISATIONS 2016	Isolé*		Famille*	
	Taux	€/mois(indicatif)	Taux	€/mois(indicatif)
Sur-complémentaire 1	0.68% PMSS	21.89 €	1.66% PMSS	53.42 €
Sur-complémentaire 2	1.14% PMSS	36.69 €	2.71% PMSS	87.21 €
Sur-complémentaire 3	1.69% PMSS	54.39 €	3.99% PMSS	128.40 €

**Les taux de cotisations contractuels sont en % du PMSS.**

A titre indicatif cotisations en Euros avec PMSS 2016 = 3218€

### Modalités de paiement:

La cotisation sur-complémentaire sera prélevée directement sur le compte bancaire personnel

### .....VOTRE COTISATION.....

Pour rappel : \* **Isolé = 1 personne / Famille = 2 personnes et +**

Pour calculer **COTISATION TOTALE : ajouter cotisation obligatoire + cotisation du facultatif**

Choix Isolé ou Famille	Taux ou € Base	Taux ou € Surcomplémentaire	TOTAL	€/mois(indicatif)
Sur-complémentaire .....	.....	.....	.....	.....

### EXEMPLES

Choix Isolé (1 personne)	Taux Base	Taux SC 2	TOTAL	€/mois(indicatif)
Sur-complémentaire SC2	0.88% PMSS	1.14% PMSS	2.02% PMSS	65.01
Choix Famille (2 et +)	Taux Base	Taux SC 3	TOTAL	€/mois(indicatif)
Sur-complémentaire SC3	2.03%PMSS	3.99% PMSS	6.02% PMSS	193.73