



 **Être bien protégé**

Agent Général Retraité AXA







Sommaire

Contrat Réussir Retraités	4
Au-delà des remboursements, nous prenons soin de vous	5
Votre couverture prévoyance	8
Vos garanties santé	10
Cotisations santé	15
Exemples de remboursements	16
Des équipes dédiées pour une prise en charge de qualité	18

Contrat Réussir Retraités

Nouveautés 2022



Réduction tarifaire

Réduction des taux contractuels 2022 sur l'ensemble de la prévoyance (hors Garantie Familiale Immédiate) et de la Santé avec la formule 300% +

-30%

Garantie Décès - Option Minimum

Âge de l'adhérent	Garantie Décès	Minimum	
		Taux en % de 10 fois le plancher Réussir N	Montant Garantie (en €)
Jusqu'à 70 ans		25 %	110 706,46 € ⁽¹⁾
De 70 à 75 ans		15 %	66 423,88 € ⁽¹⁾
De 75 à 80 ans		10 %	44 282,58 € ⁽¹⁾

Angel

- Une équipe d'experts répond à toutes vos questions de santé en toute confidentialité par chat ou par téléphone
- Second avis médical : un accès à des médecins spécialistes de haut niveau pour confirmer un diagnostic ou un traitement en cas de maladies graves

Nouveautés Santé

- NEW** **Garantie Implantologie et Prothèses dentaire**
→ Augmentation du plafond de prise en charge à 75% PMSS ⁽²⁾
- NEW** **Garantie Sclérothérapie**
→ Désormais prise en charge d'un forfait annuel et par jambe de 10% du PMSS ⁽²⁾
- NEW** **Garantie Orthodontie**
→ Nouvelle garantie d'orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale pour une prise en charge annuelle de 15 % du PMSS ⁽²⁾ dans la limite de 4 semestres consécutifs

Mon Espace Client

- NEW** **Vous pouvez dorénavant :**
 - Consulter votre profil et les données de vos bénéficiaires
 - Consulter vos remboursements Santé PRAGA 100 et Réussir
 - Télécharger votre attestation de tiers payant
 - Accéder à vos services (Angel, Téléconsultation médicale, Palmarès des hôpitaux, Réseau Itelis, Appli bien-être...)
 - Envoyer vos documents en ligne



(1) Les montants des garanties en € sont calculés sur la base du plancher Réussir 2022.
(2) PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

Au-delà des remboursements, nous prenons soin de vous...

Angel & Moi

Prévenir



Appli bien-être

Soigner



Téléconsultation
médicale



Palmarès des
hôpitaux



Réseau de
soins Itelis



2nd avis médical

Soutenir



Soutien
psychologique

Et encore plus de services à découvrir :



Aide à domicile



Bienveillance
maladies graves

Un point d'entrée unique pour accéder à l'ensemble de vos services santé pratiques et utiles au quotidien : **angel.fr**

Au-delà des remboursements, nous prenons soin de vous...

Prévenir

Appli Bien-être

Prendre soin de sa forme est un gage de bonne santé. Préservez et améliorez votre santé au quotidien.

Soigner

NEW

Angel

→ **Avec Angel**, vous n'êtes plus jamais seul(e) face à vos questions de santé. Une équipe pluridisciplinaire (conseillers services en Santé, conseillers en Économie Sociale et Familiale, diététiciens, psychologues...) et vous répond en toute circonstance.

→ **Téléconsultation médicale**, consultez un médecin 24/7 à tout moment, où que vous soyez ! Service accessible par téléphone ou vidéo 24/7, au **3633** depuis la France (coût d'un appel local), au **+ 33 1 55 92 27 54** depuis l'étranger (coût d'un appel local depuis l'étranger) ou via **angel.fr**

→ Palmarès des hôpitaux

Quels hôpitaux en fonction des pathologies ?
Pour y voir clair et préparer votre hospitalisation ou celle d'un proche.
En cas d'hospitalisation, des services complémentaires d'assistance :

- Acheminement d'un proche
- Garde des enfants à domicile
- Aide ménagère
- Rapatriement sanitaire



Soutenir

→ **Soutien psychologique**, besoin d'être écouté(e) ?

Dans la limite de 4 entretiens téléphoniques par personne/an. Service accessible au **3633** et sur **angel.fr**



Tous vos services disponibles depuis **angel.fr**

Au-delà des remboursements, nous prenons soin de vous...

Soigner

Réseau de partenaires Itelis

Des soins de qualité tout en protégeant son budget.

Réseaux soins courants (optique, dentaire, audio, chirurgie réfractive) et réseaux soins bien-être (ostéopathes/chiropracteurs, psychologues, diététiciens).

L'offre optique Itelis évolue :

- **La garantie dépannage⁽¹⁾** : en complément de la garantie casse, la possibilité d'avoir un équipement de dépannage en attendant la mise à disposition du nouvel équipement.
- **La paire solaire à 1 €⁽¹⁾** : à utiliser lors de l'achat d'un équipement (verres unifocaux ou multifocaux), sans condition de prix d'achat minimum de l'équipement principal. Géolocaliser tous vos partenaires via **votre Espace Client**.

Démarches simplifiées

Quijeprotège

Pour effectuer une désignation de bénéficiaires en ligne, connectez-vous à **quijeprotege.fr**



En cas de problème, contactez l'assistance par e-mail **db@ugipsgestion.fr** ou par téléphone au **01 42 49 78 26**

Comment ça marche ?

1. Localiser et identifier votre partenaire

- par Internet depuis **l'Espace Client**
- par téléphone en appelant le centre de gestion de votre complémentaire santé au **01 81 69 36 30**
- pour les opticiens et les audioprothésistes : grâce à l'autocollant figurant sur les vitrines

2. Présenter votre carte de Tiers payant sur laquelle figure la mention Itelis

3. Demander à bénéficier des avantages du réseau Itelis



(1) La garantie est disponible pour les bénéficiaires de la grille OPTI 5, à usage unique et valable 2 ans.

Votre couverture prévoyance

Garanties Prévoyance

Mieux comprendre

- La Garantie Familiale Immédiate (GFI) et le Régime décès facultatif prévoient un capital qui varie en fonction de l'âge de l'agent.
- GFI : cotisation unique pour un montant de **180 €/an** quel que soit l'âge.
- Régime décès facultatif : cotisations appelées par tranche d'âge.

Régime décès - Garantie Familiale Immédiate (G.F.I.)

Tranche d'âge	Niveau des garanties
Jusqu'à 70 ans	31 000 €
De 70 à 75 ans	15 500 €
De 75 à 80 ans	7 750 €

(1) Pour tous renseignements complémentaires concernant les modalités d'adhésion et les cotisations, votre équipe Service Client Réussir se tient à votre disposition.

(2) Les montants des garanties en € sont calculés sur la base du plancher Réussir 2022.

Cotisations Prévoyance 2022

Âge de l'adhérent	Décès Facultatif		Minimum		Option 1		Option 2	
	Taux en % de 10 fois le plancher Réussir N-1	Cotisation mensuelle en € ⁽³⁾	Taux en % de 10 fois le plancher Réussir N-1	Cotisation mensuelle en € ⁽³⁾	Taux en % de 10 fois le plancher Réussir N-1	Cotisation mensuelle en € ⁽³⁾	Taux en % de 10 fois le plancher Réussir N-1	Cotisation mensuelle en € ⁽³⁾
De 50 à 54 ans	0,12 %	28,87 €	0,23 %	57,74 €	0,47 %	117,99 €		
De 55 à 59 ans	0,18 %	43,93 €	0,35 %	87,86 €	0,70 %	175,72 €		
De 60 à 64 ans	0,28 %	69,03 €	0,55 %	138,07 €	1,09 %	273,63 €		
De 65 à 70 ans	0,42 %	104,18 €	0,83 %	208,36 €	1,66 %	416,72 €		
De 71 à 75 ans	0,42 %	104,18 €	0,83 %	208,36 €	0,83 %	208,36 €		
De 76 à 80 ans	0,42 %	104,18 €	0,83 %	208,36 €	0,83 %	208,36 €		

(3) Incluant la réduction des taux contractuels 2022 de -30 %.

Régime décès facultatif

Minimum ⁽¹⁾	Niveau des garanties En % de 10 fois le plancher Réussir		
	Décès		
Jusqu'à 70 ans	25 %	soit	110 706,46 € ⁽²⁾
De 70 à 75 ans	15 %	soit	66 423,88 € ⁽²⁾
De 75 à 80 ans	10 %	soit	44 282,58 € ⁽²⁾

Option 1 ⁽¹⁾	Niveau des garanties En % de 10 fois le plancher Réussir		
	Décès		
Jusqu'à 70 ans	50 %	soit	221 412,92 € ⁽²⁾
De 70 à 75 ans	30 %	soit	132 847,75 € ⁽²⁾
De 75 à 80 ans	20 %	soit	88 565,17 € ⁽²⁾

Option 2 ⁽¹⁾	Niveau des garanties En % de 10 fois le plancher Réussir		
	Décès		
Jusqu'à 70 ans	100 %	soit	442 825,83 € ⁽²⁾
De 70 à 75 ans	30 %	soit	132 847,75 € ⁽²⁾
De 75 à 80 ans	20 %	soit	88 565,17 € ⁽²⁾

Garantie Familiale Immédiate

Cotisation quel que soit l'âge

Cotisation Annuelle

180,00 €

1 fois le plancher Réussir
=
plafond PRAGA/12 (44 282,58 en 2022)

10 fois le plancher Réussir
=
plafond PRAGA/12 x 10 (442 825,83 en 2022)



Vos garanties santé



Sauf mention expresse, les remboursements ci-dessous sont présentés y compris ceux de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme (PRAGA 100), 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. Sauf mention contraire, les remboursements exprimés en euros interviennent en complément des régimes obligatoires.



	Formule 150 % (Option3)	Formule 300 % + (Option2)
Hospitalisation		
Hospitalisation chirurgicale et médicale		
Frais de séjour		
dans un établissement conventionné	225 % BR	400 % BR
dans un établissement non conventionné	225 % BR	400 % BR
Honoraires		
Médecins adhérents à l'un des DPTAM	225 % BR	400 % BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTAM	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % Forfait	100 % Forfait
Forfait actes lourds	100 % Forfait	100 % Forfait
Chambre particulière (par jour)	1 % PMSS en complément du Régime général de la Sécurité sociale et du Régime PRAGA 100	4 % PMSS
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)		3 % PMSS

Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite de 30 jours par an.

Lit d'accompagnant d'un enfant handicapé tel que défini dans la notice (dans la limite de 10 jours par année civile)		3 % PMSS
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------

Pour les garanties d'hospitalisation exprimées en frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale, l'hospitalisation non conventionnée est limitée à 90 % des frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite de 480 % de la BR.

Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.

L'indemnisation :

- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation,
- des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale

est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà des 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur. Cette limitation à 30 jours ne s'applique pas au forfait journalier.

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement sont pris en charge à partir du 6^e jour d'hospitalisation, les cinq premiers jours étant pris en charge au titre de la maternité. En cas de césarienne, les frais (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation.



Dentaire		
Soins et prothèses 100% Santé⁽¹⁾	100 % PLV	100 % PLV
Soins (Hors 100% Santé)		
Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	150 % BR	300 % BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale		
- Curetage / surfaçage		30 % PMSS
- Greffe gingivale		
- Lambeau		
- Allongement coronaire		
dans la limite de 3 par année civile et par bénéficiaire		
Prothèses (Hors 100% Santé), y compris les inlays onlays d'obturation		
à tarifs limités ⁽²⁾	200 % BR dans la limite de 100 % PLV	550 % BR dans la limite de 100 % PLV
à tarifs libres ⁽³⁾	200 % BR	550 % BR



Convertisseur de PMSS en euros (à l'euro près) en 2022

1 %	34 €
2 %	69 €
3 %	103 €
4 %	137 €
5 %	171 €
6 %	206 €
7 %	240 €
8 %	274 €
10 %	343 €
15 %	514 €
20 %	686 €
25 %	857 €
30 %	1 028 €

Vos garanties santé



Dentaire

Orthodontie

Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale

100 % BR

400 % BR



Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale, par an dans la limite de 4 semestres consécutifs

15 % PMSS

Implantologie dentaire non pris en charge par la Sécurité sociale

Pose de l'implant (Phase opératoire)

25 % PMSS

Faux moignon implantaire

7,5 % PMSS

dans la limite de 3 par année civile et par bénéficiaire

Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité sociale (Couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées)

20 % PMSS

dans la limite de 3 par année civile et par bénéficiaire



Plafond par année civile et par bénéficiaire pour l'implantologie dentaire et les prothèses fixes non pris en charge par la Sécurité sociale (hors Soins et Prothèses 100% santé)⁽⁴⁾.

75 % PMSS



Soins courants

Honoraires médicaux

Consultation d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM

170 % BR

300 % BR

Consultation d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM

150 % BR

200 % BR

Consultation d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM

170 % BR

300 % BR

Consultation d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM

150 % BR

200 % BR

Visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM

170 % BR

300 % BR

Visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM

150 % BR

200 % BR

Visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM

170 % BR

300 % BR

Visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM

150 % BR

200 % BR

Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM

170 % BR

300 % BR

Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM

150 % BR

200 % BR

24h/24

24h/24

Numéro de téléphone sans surcoût
Depuis la France : 36 33
Depuis l'étranger : +33 1 55 92 27 54
Voir conditions dans votre contrat

Numéro de téléphone sans surcoût
Depuis la France : 36 33
Depuis l'étranger : +33 1 55 92 27 54
Voir conditions dans votre contrat

Téléconsultation Médicale

Imagerie médicale

Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM

170 % BR

300 % BR

Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM

150 % BR

200 % BR

Analyses et examens de laboratoire

pris en charge par la Sécurité sociale

150 % BR

300 % BR

Honoraires paramédicaux

Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues

150 % BR

350 % BR

Médicaments

Médicament pris en charge par la Sécurité sociale à 65%, 30% et 15%

100 % BR

100 % BR

Médicaments homéopathiques non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin, dans la limite par année civile et par bénéficiaire

60 €

60 €

Matériel Médical

Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale.

150 % BR

400 % BR

(1) 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 prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) 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).

(2) Prothèses à tarifs limités : 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, 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).

(3) 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 prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.

(4) Pour les garanties prises en charge par la Sécurité sociale, au-delà du plafond, le niveau des prestations est égal à 100% du TM (soit 100% BR y compris les remboursements de la Sécurité sociale).

Vos garanties santé



Médecines non conventionnelles

Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre,

Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Etiopathe, Homéopathe, Diététicien, psychomotricien, psychologue, pédicure-podologue, tabacologue dans la limite globale par année civile et par bénéficiaire - d'un forfait de :

Formule 150 % (Option3)

Formule 300 % + (Option2)

5 % PMSS / an
dans la limite de 3 séances

10 % PMSS / an
dans la limite de 6 séances

Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les étioopathes doivent être inscrits au registre national des étioopathes. Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC). Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

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 ou le n°FINESS du praticien sera demandé.



Aides auditives

La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Equipements 100% Santé⁽¹⁾

100 % PLV

100 % PLV

Equipements à tarifs libres

Adulte (Bénéficiaire de 21 ans ou plus)

600 euros sous déduction du Régime général de la Sécurité sociale et du Régime PRAGA 100

1700 euros sous déduction du Régime général de la Sécurité sociale et du Régime PRAGA 100

Enfant (Bénéficiaire de moins de 21 ans)

1700 euros sous déduction du Régime général de la Sécurité sociale et du Régime PRAGA 100

1700 euros sous déduction du Régime général de la Sécurité sociale et du Régime PRAGA 100

Les garanties des équipements auditifs exprimées en euros intègrent le remboursement des régimes obligatoires.

Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale

150 % BR

450 % BR en complément du Régime général de la Sécurité sociale et du Régime PRAGA 100

Autres postes



Frais de Transport

100 % BR

100 % BR

Frais de Transport (véhicules personnels)

Indemnisation sur la base du tarif kilométrique de l'Administration fiscale, avec accord préalable de l'assureur en cas de déplacement en série ou au-delà d'un rayon de 150 km.
Remboursement calculé sur la base de la distance séparant le point de prise en charge du malade de la structure de soin prescrite.

Ambulatoire

Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale : Frais médicaux, de séjour et de transport

5 % PMSS en complément du Régime général de la Sécurité sociale et du Régime PRAGA 100

20 % PMSS en complément du Régime général de la Sécurité sociale et du Régime PRAGA 100

Les dépassements des médecins non adhérents à l'un des DPTAM sont limités à 100% BR

(1) **Equipements 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).

Vos garanties santé



Formule 150 % (Option3)

Formule 300 % + (Option2)

Prévention

Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	6 % PMSS	6 % PMSS
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché, par année civile et par bénéficiaire	6 % PMSS	6 % PMSS
Vaccin antigrippal	6 % PMSS	6 % PMSS
Une consultation, prescrite par un médecin, chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans		30 € par enfant
Dépistage de l'hépatite B	150 % BR	300 % BR
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum	150 % BR	300 % BR
Médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) par année civile et par bénéficiaire	30 euros	100 euros
Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant. L'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'article D1172-2 du Code de la santé publique, par année civile et par bénéficiaire	200 euros	200 euros
Test Septine 9 de dépistage du cancer du colon par année civile et par bénéficiaire		95 euros
Test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (Test HPV) non pris en charge par la Sécurité sociale, sur la base de, dans la limite d'une prise en charge tous les	150 % BR 3 ans	300 % BR 3 ans
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale	1,5 % PMSS	3 % PMSS
Test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test par grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250	600 euros	600 euros
Dépistage des troubles de l'audition chez les bénéficiaires âgés de plus de 50 ans	150 % BR	
Connecteurs Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres, sur prescription médicale, par année civile et par bénéficiaire	100 euros	100 euros
NEW Sclérothérapie forfait annuel par jambe et par bénéficiaire		10 % PMSS
Tous les actes de prévention prévus à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale	selon le poste auquel l'acte se rattache	selon le poste auquel l'acte se rattache

Maternité

Forfait maternité destiné à couvrir les frais d'accouchement et les 5 premiers jours d'hospitalisation. La prestation est doublée en cas de naissances multiples

Chambre particulière (par jour)

Au delà du 5^e jour, les frais sont pris en charge au titre de l'hospitalisation.

20 % PMSS

4 % PMSS

Pour mieux comprendre les garanties

- DPTAM** = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.
- PMSS** = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.
- BR** = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.
- TM** = Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.
- MR** = Montant remboursé par la Sécurité sociale.
- FR** = Frais réels.
- FR-MR** = Frais réels sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.
- BR - MR** = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale
- EUROS - MR** = Montant en Euros sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale
- PLV** = Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. **Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.**



Les avantages tarifaires du réseau

- 40 % d'économie moyenne sur les verres grâce à des tarifs négociés
- 15 % de remise minimale sur les montures et le para-optique (lunettes de soleil...)
- 10 % de remise minimale sur les lentilles

Vos garanties santé



Optique

Verres et monture

	Formule 150 % (Option3)	Formule 300 % + (Option2)
Equipements 100% Santé (verres et monture classe A) ⁽¹⁾	100 % PLV	100 % PLV
Verres et monture à tarifs libres (classe B)		
Grille optique		Itelis - Opti 5
Verres (pour les deux verres) (pour un verre la garantie est réduite de moitié)	130 euros	
Monture	100 euros	

Les forfaits en Euro sur les lunettes (verres et monture) intègrent le remboursement des régimes obligatoires. En cas d'équipement mixte 100% santé et à tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100% santé.

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. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.

Autres postes optique

Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	5 % PMSS en complément du Régime général de la Sécurité sociale et du régime PRAGA 100	10 % PMSS
Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur de	100 % TM	100 % TM
Implant intraoculaire multifocal posé à l'occasion de l'opération de la cataracte (par oeil)	130 euros	350 euros
La chirurgie réfractive, par oeil par bénéficiaire et par année civile		30 % PMSS



Services

Itelis : Le Réseau Itelis permet aux assurés d'avoir accès à des soins de qualité, en protégeant leur budget (Voir conditions dans votre contrat)

Hospipay : Pour préparer au mieux votre hospitalisation ou celle d'un proche, le service Hospipay vous permet de faire une recherche d'établissement parmi 200 pathologies sur la zone géographique souhaitée. Les données sont issues des 20 millions d'hospitalisations en France, à la fois lourdes et fréquentes. C'est un véritable guide de l'hospitalisation en France.

Assistance (Voir conditions dans votre contrat)

(1) Equipements 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'appairage 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).

Les remboursements ci-dessous viennent en déduction de 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.

Itelis - Opti 5

Correction (cf. détails en annexe)	Dans le réseau Optique Itelis, Remboursement intégral		Hors réseau optique Itelis, remboursement jusqu'à,	
	Caractéristique du verre Unifocal de marque exclusivement	Caractéristique du verre Multifocal de marque exclusivement	Verre unifocal	Verre multifocal
Faible	Tous types de verres dont : Verre aminci en fonction de la correction Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani Verre sur-mesure Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée Teinte photochromique (fonce au soleil)	Tous types de verres dont : Verre aminci en fonction de la correction Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre progressif sur-mesure Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée Teinte photochromique (fonce au soleil)	149 euros - Régimes obligatoires (Sécurité sociale et PRAGA 100)	300 euros - Régimes obligatoires (Sécurité sociale et PRAGA 100)
Modéré			149 euros - Régimes obligatoires (Sécurité sociale et PRAGA 100)	300 euros - Régimes obligatoires (Sécurité sociale et PRAGA 100)
Moyen			160 euros - Régimes obligatoires (Sécurité sociale et PRAGA 100)	300 euros - Régimes obligatoires (Sécurité sociale et PRAGA 100)
Elevé			300 euros - Régimes obligatoires (Sécurité sociale et PRAGA 100)	300 euros - Régimes obligatoires (Sécurité sociale et PRAGA 100)
Très élevé			300 euros - Régimes obligatoires (Sécurité sociale et PRAGA 100)	350 euros - Régimes obligatoires (Sécurité sociale et PRAGA 100)
Monture	100 Euros - Régimes obligatoires (Sécurité sociale et PRAGA 100)			

Vos garanties santé

Annexe - Présentation des niveaux de correction

Niveau de correction	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre
Faible	Sphère	De -2 à +2	0
	Sphère	De -2 à 0	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De 0 à +2	Strictement supérieur à 0
Modéré	Sphère	De -4 à -2,25 ou de +2,25 à +4	0
	Sphère	De -4 à -2,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +2,25 à +4	Strictement supérieur à 0
Moyen	Sphère	De -6 à -4,25 ou de +4,25 à +6	0
	Sphère	De -6 à -4,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +4,25 à +6	Strictement supérieur à 0
Élevé	Sphère	De -8 à -6,25 ou de +6,25 à +8	0
	Sphère	De -8 à -6,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +6,25 à +8	Strictement supérieur à 0
Très élevé	Sphère	Strictement inférieur à -8 ou strictement supérieur à +8	0
	Sphère	De -8 à 0	Strictement supérieur à +4
	Sphère	Strictement inférieur à -8	Strictement supérieur à 0



Cotisations santé au 1^{er} janvier 2022

Formule 300 % +	Taux en % du PASS ⁽¹⁾	Cotisation mensuelle en € ⁽²⁾
Âge du bénéficiaire		
Moins de 21 ans	0,81 %	27,77 €
21 à 30 ans	0,85 %	29,14 €
31 à 40 ans	0,93 %	31,88 €
41 à 50 ans	1,06 %	36,34 €
51 à 59 ans	1,54 %	52,79 €
60 à 69 ans	1,58 %	54,16 €
70 à 74 ans	1,58 %	54,16 €
75 à 79 ans	1,66 %	56,90 €
80 ans et plus	1,84 %	63,08 €

Formule 150 %	Taux en % du PASS	Cotisation mensuelle en € ⁽²⁾
Âge du bénéficiaire		
Moins de 54 ans	0,45 %	15,43 €
55 à 59 ans	0,87 %	29,82 €
60 à 64 ans	0,89 %	30,51 €
65 à 69 ans	0,92 %	31,52 €
70 à 74 ans	0,95 %	32,57 €
75 à 79 ans	0,98 %	33,59 €
80 ans et plus	1,01 %	34,62 €

(1) Incluant la réduction des taux contractuels 2022 de -30 %.
 (2) Cotisation mensuelle en euros, calculée sur le PMSS 2022.

Formule 150% (Option3) : Exemples de remboursements (Informations non contractuelles)

Conformément à notre engagement sur la lisibilité des garanties, vous trouverez ci-dessous les exemples de remboursement (dont les exemples normés) en euros correspondant aux garanties de votre contrat. Les montants servant de référence dans les exemples normés sont les tarifs nationaux moyens mis à disposition par l'Union Nationale des Organismes Complémentaire à l'Assurance Maladie (UNOCAM). Ces exemples sont en complément du régime général et du PRAGA100, en secteur conventionné pour les assurés non considérés en Affection Longue Durée (ALD) par la Sécurité sociale.

UGIPS - Réussir	Montant servant de référence	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remb. du PRAGA 100	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions	
Hospitalisation							
Forfait journalier hospitalier	Tarif réglementaire	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	0,00 €	Hors hospitalisation en milieu psychiatrique
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Prix moyen national de l'acte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €	0,00 €	Opération de la cataracte (acte BFGA427)
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Prix moyen national de l'acte	431,00 €	247,70 €	91,93 €	91,38 €	0,00 €	Opération de la cataracte (acte BFGA427)
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de pontage de l'aorte thoracique	Prix moyen national de l'acte	2 500,00 €	982,07 €	275,52 €	754,55 €	487,86 €	Opération de pontage de l'aorte thoracique (acte DGCA031)
Optique							
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	Prix limite de vente	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €	0,00 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque oeil
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	Prix moyen national de l'acte	345,00 €	0,09 €	0,06 €	229,85 €	115,00 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque oeil avec une monture au tarif de 145 € et 2 verres au tarif de 200€ (Hors réseau Itelis)
Dentaire							
Détartrage	Tarif conventionnel	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	Prix limite de vente	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	Prix moyen national de l'acte	538,70 €	84,00 €	36,00 €	120,00 €	298,70 €	
Couronne céramo-métallique sur molaires	Prix moyen national de l'acte	538,70 €	75,25 €	32,25 €	107,50 €	323,70 €	
Aides auditives							
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	Prix limite de vente	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	0,00 €	Pour adulte de plus de 21 ans et plus
Aide auditive de classe II par oreille	Prix moyen national de l'acte	1 476,00 €	240,00 €	160,00 €	200,00 €	876,00 €	Pour adulte de plus de 21 ans et plus
Aide auditive de classe II par oreille haute gamme	Prix moyen national de l'acte	2 000,00 €	240,00 €	160,00 €	1 300,00 €	300 €	Pour adulte de plus de 21 ans et plus
Soins courants							
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	Prix moyen national de l'acte	25,00 €	16,50 €	7,50 €	0,00 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	Tarif conventionnel	30,00 €	20,00 €	9,00 €	0,00 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Prix moyen national de l'acte	44,00 €	20,00 €	9,00 €	14,00 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Prix moyen national de l'acte	56,00 €	15,10 €	6,90 €	11,50 €	22,50 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un professeur en médecine avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Prix moyen national de l'acte	330,00 €	47,30 €	20,70 €	34,50 €	227,50 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale

Formule 300% + (Option2) : Exemples de remboursements (Informations non contractuelles)

Conformément à notre engagement sur la lisibilité des garanties, vous trouverez ci-dessous les exemples de remboursement (dont les exemples normés) en euros correspondant aux garanties de votre contrat. Les montants servant de référence dans les exemples normés sont les tarifs nationaux moyens mis à disposition par l'Union Nationale des Organismes Complémentaire à l'Assurance Maladie (UNOCAM). Ces exemples sont en complément du régime général et du PRAGA100, en secteur conventionné pour les assurés non considérés en Affection Longue Durée (ALD) par la Sécurité sociale.

UGIPS - Réussir	Montant servant de référence	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remb. du PRAGA 100	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions	
Hospitalisation							
Forfait journalier hospitalier	Tarif réglementaire	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	0,00 €	Hors hospitalisation en milieu psychiatrique
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Prix moyen national de l'acte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €	0,00 €	Opération de la cataracte (acte BFGA427)
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	Prix moyen national de l'acte	431,00 €	247,70 €	91,93 €	91,38 €	0,00 €	Opération de la cataracte (acte BFGA427)
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de pontage de l'aorte thoracique	Prix moyen national de l'acte	2 500,00 €	982,07 €	275,52 €	754,55 €	487,86 €	Opération de pontage de l'aorte thoracique (acte DGCA031)
Optique							
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	Prix limite de vente	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €	0,00 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque oeil
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	Prix moyen national de l'acte	345,00 €	0,09 €	0,06 €	229,85 €	45,00 €	Myopie entre -4 et -6 sur chaque oeil avec une monture au tarif de 145 € et 2 verres au tarif de 200€ (Hors réseau Itelis)
Dentaire							
Détartrage	Tarif conventionnel	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	Prix limite de vente	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	Prix moyen national de l'acte	538,70 €	84,00 €	36,00 €	418,70 €	0,00 €	
Couronne céramo-métallique sur molaires	Prix moyen national de l'acte	538,70 €	75,25 €	32,25 €	431,20 €	0,00 €	
Aides auditives							
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	Prix limite de vente	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	0,00 €	Pour adulte de plus de 21 ans et plus
Aide auditive de classe II par oreille	Prix moyen national de l'acte	1 476,00 €	240,00 €	160,00 €	1 076,00 €	0,00 €	Pour adulte de plus de 21 ans et plus
Aide auditive de classe II par oreille haute gamme	Prix moyen national de l'acte	2 000,00 €	240,00 €	160,00 €	1 300,00 €	300,00 €	Pour adulte de plus de 21 ans et plus
Soins courants							
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	Prix moyen national de l'acte	25,00 €	16,50 €	7,50 €	0,00 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	Tarif conventionnel	30,00 €	20,00 €	9,00 €	0,00 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Prix moyen national de l'acte	44,00 €	20,00 €	9,00 €	14,00 €	1,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Prix moyen national de l'acte	56,00 €	15,10 €	6,90 €	23,00 €	11,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un professeur en médecine avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Prix moyen national de l'acte	330,00 €	47,30 €	20,70 €	69,00 €	193,00 €	Franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale

Des équipes dédiées pour une prise en charge de qualité

L'équipe Service Client Réussir



De gauche à droite : Isabelle Hallermeier, Christine Souchon, Florian Durand, Brigitte Raoux, Yanita Margueritat et Stéphanie Lelouarn-Renaut

Pour toutes vos questions concernant le contrat Réussir

Service Client Réussir 2821

1 place Victorien Sardou
78161 Marly Le Roi CEDEX

Tél : **01 73 600 623**

service.coll2821prevoyance@axa.fr

Pour tous renseignements

Michel DANIELOU

Tél : **06 74 45 49 40**

michel.danielou@wanadoo.fr



Pour accéder à vos services

3633 depuis la France (coût d'un appel local), au **+33 1 55 92 27 54** depuis l'étranger (coût d'un appel local depuis l'étranger) ou via le site **angel.fr**



Pour accéder aux services d'assistance de vos contrats Dépendance

Tél : **01 55 92 13 22**

Du lundi au vendredi de 8 h à 20 h

Pour le règlement des prestations Santé

DÉLÉGATAIRE SANTÉ

14 allée Charles Pathé
18934 Bourges cedex 09

Tél : **01 81 69 36 30**

gestion.clients@apriarsa.fr

8 h 30 à 17 h 30 sans interruption



Pour accéder au réseau des partenaires

- Des professionnels sélectionnés pour apporter la meilleure qualité de service aux assurés, leur éviter des avances de frais et maîtriser le reste à charge.
- Un outil de géolocalisation pour situer les partenaires proches du domicile.



Accès Via
Votre
Espace Client



Votre **Espace Client**

Retrouvez l'ensemble
de vos services en ligne sur [axa.fr](https://www.axa.fr)

Téléconsultation médicale : La Téléconsultation est une consultation médicale à distance assurée par un médecin inscrit à l'Ordre des Médecins. Accessible 24h /24, 7j /7, partout dans le monde, elle est réservée aux bénéficiaires AXA France. L'entretien est protégé par le secret médical. Avec l'accord du patient, un compte-rendu est envoyé au médecin traitant, qui reste au centre du parcours de soins. Si nécessaire, une ordonnance peut être transmise au pharmacien choisi par le patient et avec son accord, partout dans l'Union européenne. Si une situation d'urgence est détectée, le patient est orienté vers un service d'urgence. La Téléconsultation AXA est conforme au décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine. Les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé et sont conservées 20 ans. La Téléconsultation AXA ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical ou renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré.

AXA France Vie. S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959 - TVA intracommunautaire n°FR 62 310 499 959 - **AXA Assurances Vie Mutuelle** - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - TVA intracommunautaire n°FR 48 353 457 245. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances. Itelis** - S.A. à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 5 452 135,92 € - 440 358 471 RCS PARIS - Immeuble «Le Diapason» - 218 avenue Jean Jaurès - 75019 Paris - Mandataire d'assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n°10058758.

