

... ET DES SERVICES POUR PRENDRE SOIN DE VOS SALARIES

» Une gestion efficace et fiable

- Le remboursement sous 48H des frais de santé
- Un espace assuré pour consulter ses remboursements et envoyer ses pièces justificatives en ligne
- Une application mobile pour retrouver les infos de sa complémentaire santé !

» Des économies grâce au réseau de soins Carte Blanche

- Pas d'avance de frais grâce au tiers payant chez plus de 141 000 professionnels de santé (opticiens, dentistes, audioprothésistes, ophtalmologues, kinésithérapeutes, pharmaciens, radiologues ...)
- Des tarifs négociés chez plus de 11 000 opticiens sur les verres et les montures (jusqu'à 35% d'économies sur le prix des verres)

Henner +

Toutes les infos de sa complémentaire santé sur notre appli !

- > Consultation des remboursements en cours
- > Affichage des tableaux de garanties
- > Carte de Tiers Payant dématérialisée
- > Devis, simulateur santé & optique
- > Carnet de santé
- > Transmission des documents par photo
- > Géolocalisation des professionnels de santé et des partenaires
- > Messagerie sécurisée



VOTRE CONTACT

Henner



VEO CCN IMMOBILIER

VOS GARANTIES SANTE



Pour l'employeur

4 niveaux de garanties cofinancé avec le salarié
(au minimum 50% financé par l'employeur)



Pour le salarié

2 options individuelles et facultatives,
entièrement à la charge du salarié

CODE
IDCC
1527

UNE OFFRE QUI S'ADAPTE A VOTRE BUDGET ET A VOS OBLIGATIONS

» Le respect de vos obligations conventionnelles

- 4 niveaux de garanties disponibles pour l'employeur pour protéger le salarié et 2 renforts facultatifs pour les salariés afin de renforcer leurs garanties
- La possibilité pour le salarié d'étendre la couverture choisie à ses ayants droit

» Des avantages fiscaux et sociaux

- Les cotisations versées par l'employeur sont déductibles du bénéfice imposable.
- Exonération des charges sociales sur la part employeur, dans les limites d'un certain plafond

» Une cotisation globale à partir de 42,17 € par mois pour un salarié (évolution des cotisations soumise à la variation du PMSS)

QUI EST CONCERNE ?

» Les entreprises concernées sont généralement répertoriées aux codes NAF suivants :

- 5520 Z - Résidences de tourisme uniquement
- 6810 Z - Activités des marchands de biens immobiliers
- 6820 A - Location de logements
- 6820 B - Location de terrains et d'autres biens immobiliers
- 6831 Z - Agences immobilières
- 6832 A - Administration d'immeubles et autres biens immobiliers
- 6832 B - Supports juridiques de gestion de patrimoine immobilier
- 8110 Z - Activités combinées de soutien lié aux bâtiments

Sont également concernées les holdings dont l'activité principale des filiales relève de l'immobilier :

- 6420 Z - Activités des sociétés holding et 7010 Z - Activités des sièges sociaux ainsi que les organisations professionnelles patronales signataires de la CCN.

DES SERVICES INDISPENSABLES POUR VOUS FAIRE GAGNER DU TEMPS

» Un accompagnement personnalisé

- Une équipe dédiée pour vous faciliter la mise en place de votre régime et vous appuyer dans sa gestion
- Un numéro unique d'appel : soyez en relation directe avec les gestionnaires de votre contrat

» Votre espace client RH en ligne, disponible 24h/24 et 7j/7

- Gérer en ligne les mouvements de vos salariés (inscription, modification, radiation) et les paiements des cotisations
- Consulter la liste de vos salariés inscrits

SANTÉ



HOSPITALISATION



SOINS COURANTS



DENTAIRE



FRAIS D'OPTIQUE

	POUR L'EMPLOYEUR	POUR LES SALARIES	
	Base	Option 1	Option 2
Frais de séjour	150% BR-MR	+ 100% BR	+ 200% BR
Honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste réanimateur (médecin adhérent au CAS)	150% BR-MR	+ 100% BR	+ 200% BR
Honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste réanimateur (médecin non adhérent au CAS)	130% BR-MR	Néant	Néant
Maison de santé	100% BR-MR	+ 100% BR	+ 200% BR
Centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle	100% BR-MR	+ 100% BR	+ 200% BR
Etablissement ou service psychiatrique	100% BR-MR	+ 100% BR	+ 200% BR
Chambre particulière, par jour	35 €	+ 20 €	+ 30 €
Chambre particulière en maison de santé, centre de rééducation, établissement ou service psychiatrique (séjour pris en charge par l'AM), par jour	Néant	+ 20 €	+ 30 €
Lit d'accompagnant, par jour	35 €	+ 2% PMSS	+ 2% PMSS
Forfait hospitalier journalier	100% forfait	-	-
Transport pris en charge par l'AM	100% BR-MR	+ 100% BR	+ 200% BR
MATERNITE			
Frais engagés plafonnés par enfant (honoraires ⁽²⁾ et chambre particulière + forfait adoption enfant - de 12 ans)	10% PMSS	+ 2% PMSS	+ 3% PMSS
Médecin généraliste (médecin adhérent au CAS)	120% BR-MR	+ 100% BR	+ 200% BR
Médecin généraliste (médecin non adhérent au CAS)	100% BR-MR	-	-
Médecin spécialiste (médecin adhérent au CAS)	120% BR-MR	+ 100% BR	+ 200% BR
Médecin spécialiste (médecin non adhérent au CAS)	100% BR-MR	-	-
Actes techniques dispensés par le praticien (médecin adhérent au CAS)	120% BR-MR	+ 100% BR	+ 200% BR
Actes techniques dispensés par le praticien (médecin non adhérent au CAS)	100% BR-MR	-	-
Radiographie et échographie (médecin adhérent au CAS)	120% BR-MR	+ 100% BR	+ 200% BR
Radiographie et échographie (médecin non adhérent au CAS)	100% BR-MR	-	-
Auxiliaires médicaux	120% BR-MR	+ 100% BR	+ 200% BR
Analyses et travaux de laboratoire	120% BR-MR	+ 100% BR	+ 200% BR
Pharmacie prise en charge par l'AM	100% BR-MR	-	-
Soins conservateurs et chirurgicaux (hors Inlays/Onlays)	125%BR-MR	-	-
Inlays/Onlays d'obturation	125%BR-MR	+ 170% BR	+ 270% BR
Couronne ou dent à tenon prise en charge par l'AM	225%BR-MR	+ 100% BR	+ 200% BR
Prothèse dentaire prise en charge par l'AM	225%BR-MR	+ 100% BR	+ 200% BR
Inlay core pris en charge par l'AM	225%BR-MR	+ 100% BR	+ 200% BR
Implant	Par an et par personne	Limité à 3 implants par an/bénéficiaire	
Implant intraosseux (racine) non pris en charge par l'AM			
Infrastructure coronaire (inlay core) non prise en charge par l'AM	5% PMSS (forfait global)	100 €	200 €
Couronne ou bridge sur implant prise en charge par l'AM			
Orthodontie prise en charge par l'AM	250% BR-MR	+ 100% BR	+ 200% BR
Parodontologie, par an et par personne	-	+ 50 €	+ 100 €
Monture ⁽³⁾	150 €	1 % PMSS	2 % PMSS
Verres simples, la paire ⁽³⁾	300 €		
Verres complexes, la paire ⁽³⁾	450 €	2% PMSS	4% PMSS
Verres très complexes, la paire ⁽³⁾	500 €		
Lentilles cornéennes prises en charge par l'AM	320 €		
Lentilles cornéennes non prises en charge par l'AM (y compris jetables)	320 €	1% PMSS	2% PMSS
Kératotomie (par an et par bénéficiaire)	1 000 €	-	-
Appareillage, cures			
Prothèses médicales (appareillages, accessoires) ⁽⁴⁾	150% BR-MR	+ 100 €	+ 200 €
Prothèses auditives	150% BR-MR	+ 100 €	+ 200 €
Cures thermales, frais médicaux, de séjours, de transport (hors thalassothérapie)	-	+ 100 €	+ 200 €
Garanties innovantes			
Pack prévention ⁽⁵⁾, au global par an et par personne	100 €	+ 50 €	+ 100 €
Prévention			
Vos garanties incluent les actes de prévention conformément aux dispositions du contrat responsable.			
Prévention GMC Santé			
Dépose d'un holter tensionnel, sur présentation d'un justificatif	23 €	-	-
Examen de dépistage de l'ostéoporose (ostéodensitométrie) passé entre 50 et 65 ans - tous les 3 ans	25 €	-	-

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).

Les montants indiqués sont indiqués y compris remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés.

Les forfaits en euros s'entendent par an et par bénéficiaire (sauf indications).

L'indemnité complémentaire versée par l'Institution s'ajoute, dans la limite des frais réellement engagés, à celles versées, au même titre, tant par la sécurité sociale que par tout autre organisme.

⁽¹⁾ Allocation forfaitaire versée aux assurées à condition qu'elles soient bénéficiaires du contrat (les dépassements d'honoraires hors hospitalisation sont pris en charge selon les modalités définies dans le tableau ci-dessus)

⁽²⁾ Pour les honoraires des médecins non adhérents au CAS, l'indemnisation est limitée à TM + 100% BR

⁽³⁾ Dans tous les cas, la prise en charge par l'Institution est limitée à un équipement optique

(1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'effet du contrat d'adhésion. Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation s'applique annuellement. La modification de la correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien.

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.

Pour un équipement dont les verres sont de classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties des deux classes.

⁽⁴⁾ Non dentaires et non auditives

⁽⁵⁾ Sont compris dans le Pack Prévention :

- les consultations chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, homéopathe, étio-pathe, nutritionniste, diététicien,

- le dépistage du cancer du côlon et de l'utérus,

- la fécondation in vitro,

- l'ostéodensitométrie,

- en prévention dentaire : le curetage sous gingival - la pose de vernis fluoré - le dentifrice au statut de médicament prescrit par le dentiste,

- les substituts et autres pour le sevrage tabagique,

- et les vaccins non pris en charge par l'Assurance Maladie.

Définition des verres :

Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou verre simple foyer dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zones de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.

Abréviations :

BR : Base de Remboursement de la sécurité sociale

AM : Assurance Maladie

TM : Ticket Modérateur

CAS : Contrat d'Accès aux Soins

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

Les montants correspondent au remboursement maximal possible.

Ils sont indiqués dans la limite des frais réellement engagés, c'est-à-dire que votre salarié ne sera jamais remboursé plus que sa dépense, même si la garantie le permet.

	Assurance Maladie	BASE	OPTION 2
Médecin généraliste (adhérent CAS)	15,10 €	+12,50€	+46€
Médecin spécialiste (adhérent CAS)	15,10 €	+12,50€	+46€
Lunettes (monture + verres simples)	-	+ 450 €	+ 193,08 €