

# IPECA

UNE VIE À VOUS PROTÉGER

## Affinit'Air

# VOTRE NOUVELLE PROTECTION SANTÉ SUR MESURE

Une offre santé IPECA, exclusivement dédiée à la communauté aéronautique et aérospatiale civile et militaire.



# Affinit'Air : la nouvelle offre d'IPECA pour être acteur de votre santé

Avoir une bonne couverture santé c'est essentiel ! Notre offre santé Affinit'Air, exclusivement dédiée à notre communauté aéronautique et aérospatiale civile et militaire, est conçue pour vous protéger au plus proche de vos besoins, quel que soit votre âge et votre état de santé. Avec 4 niveaux de garanties, elle est modulable et s'adapte parfaitement à votre situation et à votre budget, à chaque étape de votre vie.

- Couverture élargie allant de la formule de base à la formule la plus élevée incluant de nouvelles prestations auxquelles s'ajoutent, à tout moment, 3 modules de renfort.
- Évolution de votre couverture sans limite d'âge.

Fidèles à nos convictions et à notre valeur de solidarité intergénérationnelle, et pour permettre à chacun de pouvoir se protéger, nos cotisations n'évoluent pas avec l'âge, même si vos besoins changent.



# Construisez votre **couverture santé sur-mesure** avec notre nouvelle offre **Affinit'Air**

## **Affinit'Air : 4 niveaux de garanties**

La complémentaire santé Affinit'Air est une offre modulable qui s'adapte à vos besoins et à votre budget sans questionnaire médical et sans limite d'âge.

### **Niveau 1 : ESSENTIELLE**

Cette couverture 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 et souhaitez être remboursé sur l'essentiel ;
- vous souhaitez maîtriser votre budget tout en ayant accès au 100 % Santé ;
- vous consultez des médecins ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires.

### **Niveau 2 : ÉQUILIBRE**

Cette couverture est une garantie **intermédiaire** allant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Elle est faite pour vous si :

- vous consultez des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires modérés ;
- vous n'avez pas de besoins dentaires particuliers (hors soins) ;
- vous souhaitez disposer de garanties optiques et auditives améliorées.

### **Niveau 3 : RENFORCÉE**

Cette couverture vous offre des **prestations élevées**

Elle est faite pour vous si :

- vous souhaitez renforcer la prise en charge des dépassements d'honoraires en cas d'hospitalisation, d'actes médicaux ou de consultations ;
- vous souhaitez disposer de garanties optiques et dentaires renforcées ;
- vous avez des besoins en médecine douce et cure thermale.

### **Niveau 4 : INTÉGRALE**

Cette couverture vous assure une protection **optimale**

Elle est faite pour vous si :

- vous souhaitez ne pas avoir à contrôler vos dépenses de santé ;
- vous avez des besoins importants en optique et dentaire ;
- vous souhaitez la meilleure couverture avec une très forte prise en charge sur les dépassements d'honoraires et sur des postes clés comme l'hospitalisation, les aides auditives, la médecine douce et les cures thermales.

## Affinit'Air : 3 modules de renfort pour augmenter vos remboursements

Pour être au plus proche de vos besoins et augmenter les remboursements de certaines prestations coûteuses et souvent mal remboursées : composez librement votre couverture en ajoutant à l'un des 3 premiers niveaux\* de garanties un ou plusieurs modules de renfort.

*\*Associés uniquement aux garanties ESSENTIELLE, ÉQUILIBRE ET RENFORCÉE*

### Optionnels, cumulables et à faibles coûts :

#### MODULE A



Renfort sur les soins courants, les aides auditives, l'hospitalisation et les cures thermales.

Ce module est fait pour vous : si vous souhaitez augmenter vos remboursements sur ces postes.

#### MODULE B



Renfort sur l'optique et le dentaire pris en charge par la Sécurité sociale.

Ce module est fait pour vous : en cas de correction de vue complexe, pour obtenir un meilleur remboursement de vos équipements optiques (monture + verres) et lentilles, et pour renforcer vos remboursements sur les prothèses dentaires.

#### MODULE C



Renfort sur le dentaire, l'optique et les actes de médecines douces non pris en charge par la Sécurité sociale.

Ce module est fait pour vous : en cas de besoin d'implantologie, parodontie, orthodontie, prothèses dentaires, lentilles, chirurgie réfractive, cures thermales, médecines douces et panier automédication.



# UNE OFFRE FIDÈLE À NOS VALEURS POUR TOUJOURS MIEUX VOUS ACCOMPAGNER



## Affinitaire

Une offre réservée exclusivement aux anciens salariés de la communauté aéronautique.



## Efficace

3 modules de renfort pour optimiser vos remboursements sur des prestations souvent mal remboursées par la Sécurité sociale avec une palette de services utiles et des conseils de prévention.



## Économique

Des garanties adaptées à tous les budgets et des modules à coût modéré.

Un abattement de 15 % sur la cotisation du conjoint et pas d'évolution tarifaire liée à l'âge. Pas d'avances de frais grâce au tiers payant.



## Modulable

Une offre modulable et évolutive composée de 4 niveaux de garanties pour s'adapter à vos besoins avec 3 modules de renfort.



## Souple

La possibilité de faire évoluer votre niveau de garantie selon l'évolution de vos besoins et sans limite d'âge.



## Solidaire

Aucune évolution tarifaire en fonction de votre âge, sans questionnaire médical et sans délai d'attente.

# Affinit'Air : des services en + pour mieux vous accompagner au quotidien

## NOTRE OBJECTIF ?

Faciliter l'accès aux soins, renforcer la prévention, vous accompagner et vous assister dans les situations d'urgence.

## BÉNÉFICIEZ D'UN SOCLE DE SERVICES INTÉGRÉ À VOTRE GARANTIE :

### Téléconsultation Médicale

Besoin d'un avis médical, et votre médecin traitant est indisponible ? Nous vous offrons un service de téléconsultation pour répondre à vos besoins de santé :

- échangez par écrit avec un médecin 24h/24 et 7j/7 dans le monde entier ;
- prenez rendez-vous pour une téléconsultation par téléphone ou vidéo sous 48 heures ;
- obtenez une ordonnance où que vous soyez, avec un médecin inscrit à l'Ordre des médecins et basé en France.

### Assistance : pour un retour au domicile en toute tranquillité

En cas d'accident ou de maladie entraînant une immobilisation, une hospitalisation vous disposez de :

- l'aide-ménagère, la livraison en urgence des médicaments, la garde de vos animaux de compagnie ;
- la mise en relation avec des prestataires médicaux et paramédicaux ;
- le soutien psychologique jusqu'à 12 séances en cabinet.

### Test de vue en téléconsultation

Où que vous soyez, accédez à votre test de vue en ligne et bénéficiez :

- d'un bilan visuel préventif avec un opticien en ligne pour vous, votre conjoint ou vos enfants ;
- de conseils sur le bien-être visuel ;
- du renouvellement d'équipements optiques sans reste à charge.

## Second avis médical

En cas de problème de santé sérieux ou d'une situation médicale complexe, obtenez :

- un second avis médical en moins de 7 jours avec un médecin spécialiste de la pathologie ;
- un service 100 % sécurisé ;
- une expertise médicale pour plus de 650 maladies, entièrement pris en charge par IPECA.

## Accompagnement au deuil

Vous avez besoin d'être écouté, soutenu, informé et orienté par un expert ? Accédez à :

- une ligne d'écoute avec un suivi et des entretiens personnalisés ;
- une équipe d'accompagnants formée pour vous aider à faire face au deuil ;
- des groupes de parole et d'entraide traversant les mêmes difficultés.

## Réseau de soins

Vous êtes à la recherche de professionnels de santé vous proposant des tarifs avantageux ?

Le réseau de soins d'IPECA vous met en relation avec des professionnels de santé pour accéder à des prestations et des équipements de qualité et anticiper le reste à charge, pour mieux maîtriser votre budget.

- une analyse de devis ;
- des tarifs privilégiés ;
- le tiers payant qui vous dispense d'avance de frais.

# Des garanties modulables et sur mesure

## 4 NIVEAUX PROPOSÉS, SELON VOS BESOINS



## COMPLÉTEZ VOTRE GARANTIE AVEC LES 3 MODULES DE RENFORT

Les garanties **ESSENTIELLE, ÉQUILIBRE et RENFORCÉE** peuvent être complétées par **3 modules « renfort » optionnels et cumulables** répondant à vos besoins personnels.

Vous souhaitez un **renfort sur les soins courants, les aides auditives, l'hospitalisation et les cures thermales ?**



**MODULE A**



Vous souhaitez un **renfort sur l'optique et le dentaire** pris en charge par la Sécurité sociale ?



**MODULE B**



Vous souhaitez un **renfort sur le dentaire, l'optique et les actes de médecines douces** non pris en charge par la Sécurité sociale ?



**MODULE C**



Composez librement votre couverture en choisissant parmi les quatre niveaux de garanties puis selon vos besoins, **ajoutez un ou plusieurs modules de renfort aux garanties ESSENTIELLE, ÉQUILIBRE ET RENFORCÉE** afin d'augmenter les remboursements de certaines prestations coûteuses et souvent mal remboursées. En plus des remboursements de soins, cette nouvelle protection santé intègre des services et de la prévention avec l'appui de la MSAé, pour vous permettre **d'agir et être acteur de votre santé et votre bien-être.**

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.

## LES NIVEAUX DE GARANTIES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ AFFINIT'AIR

		ESSENTIELLE	ÉQUILIBRE	
<b>SOINS COURANTS</b>				
Honoraires médicaux	Consultation généraliste, spécialiste et actes techniques médicaux	Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	100 % de la BR	150 % de la BR
		Non signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	100 % de la BR	130 % de la BR
		Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	100 % de la BR	150 % de la BR
		Non signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	100 % de la BR	130 % de la BR
		Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	100 % de la BR	150 % de la BR
		Non signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	100 % de la BR	130 % de la BR
Radiologie y compris ostéodensitométrie, échographie et imagerie médicale	Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	100 % de la BR	150 % de la BR	
	Non signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	100 % de la BR	130 % de la BR	
Sage-femme		100 % de la BR	150 % de la BR	
Honoraires paramédicaux		100 % de la BR	150 % de la BR	
Analyses et examens en laboratoire		100 % de la BR	150 % de la BR	
Médicaments		100 % de la BR	100 % de la BR	
Matériel médical		100 % de la BR	150 % de la BR	

<b>OPTIQUE</b>			
Équipements 100 % Santé (Classe A) Remboursement Sécurité sociale et TM inclus	Verres, Monture, Supplément, Appairage, Adaptation	100 % des FR Dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés pour la classe à prise en charge renforcée (Classe A)	
	Verre simple	40 € par verre	80 € par verre
Équipements hors 100 % Santé (Classe B) Remboursement Sécurité sociale et TM inclus dans la limite des planchers et plafonds du décret	Verre complexe	80 € par verre	130 € par verre
	Verre hyper complexe	90 € par verre	160 € par verre
	Monture	40 € par monture	60 € par monture
	Appairage	100 % de la BR	100 % de la BR
	Adaptation	100 % de la BR	100 % de la BR
	Supplément	100 % de la BR	100 % de la BR
Lentilles de contact correctives remboursées par la Sécurité sociale en complément du remboursement de la Sécurité sociale		40 € par année civile et par bénéficiaire	80 € par année civile et par bénéficiaire
Lentilles de contact correctives non remboursées par la Sécurité sociale y compris produits d'entretien		80 € par année civile et par bénéficiaire	120 € par année civile et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive		Non pris en charge	300 € par année civile et par bénéficiaire

<b>AIDES AUDITIVES</b>			
Équipement 100 % Santé (Classe I) Remboursement Sécurité sociale et TM inclus	Équipement Adulte/Enfant Dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés pour la classe à prise en charge renforcée, (classe I)	100 % des FR par oreille	100 % des FR par oreille
	Équipement Adulte (plus de 20 ans)	500 € par aide auditive sur une période de 4 ans	900 € par aide auditive sur une période de 4 ans
Équipement tarifs libres (Classe II) Remboursement Sécurité sociale et TM inclus	Équipement Enfant (20 ans et moins)	1 400 € par aide auditive sur une période de 4 ans	1 500 € par aide auditive sur une période de 4 ans
	Soins, Piles, accessoires, consommable	100 % de la BR	100 % de la BR
	Entretien et réparation d'appareil	40 € par année civile et par bénéficiaire	80 € par année civile et par bénéficiaire

<b>DENTAIRE</b>			
Soins		100 % de la BR	150 % de la BR
Prothèses 100 % Santé - Dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés		100 % des FR	100 % des FR
Prothèses	Panier maîtrisé dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés	150 % de la BR	200 % de la BR
	Panier libre	150 % de la BR	200 % de la BR
Inlay onlay	Panier maîtrisé dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés	150 % de la BR	200 % de la BR
	Panier libre	150 % de la BR	200 % de la BR
Prothèse non remboursée par la Sécurité sociale		150 % de la BRR	200 % de la BRR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		150 % de la BR	200 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale		150 % de la BRR	200 % de la BRR
Implantologie		Non pris en charge	150 € par année civile et par bénéficiaire
Parodontologie		Non pris en charge	100 € par année civile et par bénéficiaire

		ESSENTIELLE	ÉQUILIBRE
<b>HOSPITALISATION</b>			
Honoraires	Signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO	100 % de la BR	150 % de la BR
	Non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO	100 % de la BR	130 % de la BR
Frais annexes		100 % de la BR	150 % de la BR
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR	100 % des FR
Forfait patient urgences		100 % des FR	100 % des FR
Frais de séjour en établissement conventionné		100 % de la BR	150 % de la BR
Frais de séjour en établissement non conventionné		100 % de la BR dans la limite de 10 000 € par an et minimum TM	150 % de la BR dans la limite de 10 000 € par an et minimum TM
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 17 ans ou d'un adulte de plus de 62 ans à la date de l'admission (lit, repas)		20 € par jour	30 € par jour
Chambre particulière		30 € par jour	50 € par jour
Frais de transport		100 % de la BR	150 % de la BR

### SÉJOURS EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX COMME LES MAISONS D'ACCUEIL SPÉCIALISÉES (MAS) OU LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES DÉPENDANTES (EHPAD)

Les frais relatifs à ces séjours ne sont pas pris en charge par l'Institution / À l'exception des séjours relatifs aux instituts médico-éducatifs ou médico-pédagogiques :			
Frais de séjour en établissement conventionné		100 % de la BR	150 % de la BR
Frais de séjour en établissement non conventionné		100 % de la BR dans la limite de 10 000 € par année civile	150 % de la BR dans la limite de 10 000 € par année civile
Forfait journalier hospitalier		Non pris en charge	Non pris en charge
Chambre particulière		Non pris en charge	Non pris en charge

<b>MATERNITÉ</b>			
Frais de séjour en établissement conventionné		100 % de la BR	150 % de la BR
Frais de séjour en établissement non conventionné		100 % de la BR dans la limite de 10 000 € par année civile et minimum TM	150 % de la BR dans la limite de 10 000 € par année civile et minimum TM
Chambre particulière		30 € par jour	50 € par jour
Dépassements d'honoraires sur les consultations et examens prénatals et postnatals		Pris en charge au titre du poste « Soins courants »	Pris en charge au titre du poste « Soins courants »
Dépassements d'honoraires sur les actes de chirurgie et/ou d'anesthésie liés à l'accouchement		Pris en charge au titre du paragraphe « Honoraires » du poste « Hospitalisation »	Pris en charge au titre du paragraphe « Honoraires » du poste « Hospitalisation »
Forfait maternité ou adoption		100 €	125 €

<b>AUTRES PRESTATIONS REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>			
Cures thermales sur présentation des justificatifs de dépenses, en complément des prestations de la Sécurité sociale et dans la limite des frais restant à charge		100 € par cure	300 € par cure
Psychologues conventionnés dans la limite de 8 consultations par année civile dans le cadre du dispositif « MonPsy »		Première consultation d'évaluation : 40 € Autres consultations : 30 €	Première consultation d'évaluation : 40 € Autres consultations : 30 €

<b>AUTRES PRESTATIONS NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>			
Cures thermales dans la limite des frais réels sur présentation des justificatifs de dépenses		100 € par cure	300 € par cure
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, étiope, diététicien, podologue, psychomotricien, ostéodensitométrie, acupuncteur, sophrologue)		Non pris en charge	50 € par année civile et par bénéficiaire
Panier automédication (trousse du voyageur incluant rhume et rhinite allergique, contraception Homme et Femme, sevrage tabagique, homéopathie)		Non pris en charge	50 € par année civile et par bénéficiaire
Vaccins non pris en charge		100 % des FR	100 % des FR

<b>AUTRE</b>			
Assistance		Oui	Oui

BR : la base de remboursement correspond au tarif de référence de la Sécurité sociale. PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Pour information, en 2023 il est de 3 666 €. Il est revalorisé au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année (sauf exception) FR : Frais réels TM : Ticket Modérateur BRR : Base de remboursement reconstituée.

Pour plus d'information, retrouvez les garanties et leurs détails dans votre contrat, valant notice d'information.

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.

## LES NIVEAUX DE GARANTIES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ AFFINIT'AIR

		RENFORCÉE	INTÉGRALE	
<b>SOINS COURANTS</b>				
Honoraires médicaux	Consultation généraliste, spécialiste et actes techniques médicaux	Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	200 % de la BR	400 % de la BR
		Non signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	160 % de la BR	200 % de la BR
		Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	200 % de la BR	400 % de la BR
		Non signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	160 % de la BR	200 % de la BR
		Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	200 % de la BR	400 % de la BR
		Non signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	160 % de la BR	200 % de la BR
Radiologie y compris ostéodensitométrie, échographie et imagerie médicale	Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	200 % de la BR	400 % de la BR	
	Non signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	160 % de la BR	200 % de la BR	
Sage-femme		200 % de la BR	400 % de la BR	
Honoraires paramédicaux		200 % de la BR	400 % de la BR	
Analyses et examens en laboratoire		200 % de la BR	400 % de la BR	
Médicaments		100 % de la BR	100 % de la BR	
Matériel médical		200 % de la BR	400 % de la BR	
<b>OPTIQUE</b>				
Équipements 100 % Santé (Classe A) Remboursement Sécurité sociale et TM inclus	Verres, Monture, Supplément, Appairage, Adaptation	100 % des FR Dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés pour la classe à prise en charge renforcée (Classe A)		
	Verre simple	120 € par verre	160 € par verre	
Équipements hors 100 % Santé (Classe B) Remboursement Sécurité sociale et TM inclus dans la limite des planchers et plafonds du décret	Verre complexe	180 € par verre	230 € par verre	
	Verre hyper complexe	230 € par verre	300 € par verre	
	Monture	80 € par monture	100 € par monture	
	Appairage	100 % de la BR	100 % de la BR	
	Adaptation	100 % de la BR	100 % de la BR	
	Supplément	100 % de la BR	100 % de la BR	
Lentilles de contact correctives remboursées par la Sécurité sociale en complément du remboursement de la Sécurité sociale		120 € par année civile et par bénéficiaire	270 € par année civile et par bénéficiaire	
Lentilles de contact correctives non remboursées par la Sécurité sociale y compris produits d'entretien		160 € par année civile et par bénéficiaire	580 € par année civile et par bénéficiaire	
Chirurgie réfractive		600 € par année civile et par bénéficiaire	1 000 € par année civile et par bénéficiaire	
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
Équipement 100 % Santé (Classe I) Remboursement Sécurité sociale et TM inclus	Équipement Adulte/Enfant Dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés pour la classe à prise en charge renforcée, (Classe I)	100 % des FR par oreille	100 % des FR par oreille	
	Équipement Adulte (plus de 20 ans)	1 300 € par aide auditive sur une période de 4 ans	1 700 € par aide auditive sur une période de 4 ans	
Équipement tarifs libres (Classe II) Remboursement Sécurité sociale et TM inclus	Équipement Enfant (20 ans et moins)	1 600 € par aide auditive sur une période de 4 ans	1 700 € par aide auditive sur une période de 4 ans	
	Soins, Piles, accessoires, consommable	100 % de la BR	100 % de la BR	
	Entretien et réparation d'appareil	120 € par année civile et par bénéficiaire	270 € par année civile et par bénéficiaire	
<b>DENTAIRE</b>				
Soins		200 % de la BR	300 % de la BR	
Prothèses 100 % Santé - Dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés		100 % des FR	100 % des FR	
Prothèses	Panier maîtrisé dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés	250 % de la BR	450 % de la BR	
	Panier libre	250 % de la BR	450 % de la BR	
Inlay onlay	Panier maîtrisé dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés	250 % de la BR	400 % de la BR	
	Panier libre	250 % de la BR	400 % de la BR	
Prothèse non remboursée par la Sécurité sociale		250 % de la BRR	400 % de la BRR	
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		250 % de la BR	450 % de la BR	
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale		250 % de la BRR	250 % de la BRR	
Implantologie		300 € par année civile et par bénéficiaire	700 € par année civile et par bénéficiaire	
Parodontologie		200 € par année civile et par bénéficiaire	200 € par année civile et par bénéficiaire	

		RENFORCÉE	INTÉGRALE
<b>HOSPITALISATION</b>			
Honoraires	Signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO	200 % de la BR	100 % des FR
	Non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO	160 % de la BR	200 % de la BR
Frais annexes		200 % de la BR	100 % des FR
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR	100 % des FR
Forfait patient urgences		100 % des FR	100 % des FR
Frais de séjour en établissement conventionné		200 % de la BR	100 % des FR
Frais de séjour en établissement non conventionné		200 % de la BR dans la limite de 10 000 € par an et minimum TM	90 % des FR dans la limite de 10 000 € par an et minimum TM
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 17 ans ou d'un adulte de plus de 62 ans à la date de l'admission (lit, repas)		40 € par jour	120 € par jour
Chambre particulière		70 € par jour	150 € par jour
Frais de transport		200 % de la BR	100 % des FR
<b>SÉJOURS EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX COMME LES MAISONS D'ACCUEIL SPÉCIALISÉES (MAS) OU LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES DÉPENDANTES (EHPAD)</b>			
Les frais relatifs à ces séjours ne sont pas pris en charge par l'Institution / À l'exception des séjours relatifs aux instituts médico-éducatifs ou médico-pédagogiques :			
Frais de séjour en établissement conventionné		200 % de la BR	100 % de la FR
Frais de séjour en établissement non conventionné		200 % de la BR dans la limite de 10 000 € par année civile	90 % des FR
Forfait journalier hospitalier		Non pris en charge	Non pris en charge
Chambre particulière		Non pris en charge	Non pris en charge
<b>MATERNITÉ</b>			
Frais de séjour en établissement conventionné		200 % de la BR	100 % des FR
Frais de séjour en établissement non conventionné		200 % BR dans la limite de 10 000 € par année civile et minimum TM	90 % des FR
Chambre particulière		70 € par jour	150 € par jour
Dépassements d'honoraires sur les consultations et examens prénatals et postnatals		Pris en charge au titre du poste « Soins courants »	Pris en charge au titre du poste « Soins courants »
Dépassements d'honoraires sur les actes de chirurgie et/ou d'anesthésie liés à l'accouchement		Pris en charge au titre du paragraphe « Honoraires » du poste « Hospitalisation »	Pris en charge au titre du paragraphe « Honoraires » du poste « Hospitalisation »
Forfait maternité ou adoption		150 €	150 €
<b>AUTRES PRESTATIONS REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>			
Cures thermales sur présentation des justificatifs de dépenses, en complément des prestations de la Sécurité sociale et dans la limite des frais restant à charge		500 € par cure	720 € par cure
Psychologues conventionnés dans la limite de 8 consultations par année civile dans le cadre du dispositif « MonPsy »		Première consultation d'évaluation : 40 € Autres consultations : 30 €	Première consultation d'évaluation : 40 € Autres consultations : 30 €
<b>AUTRES PRESTATIONS NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>			
Cures thermales dans la limite des frais réels sur présentation des justificatifs de dépenses		500 € par cure	720 € par cure
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, étiope, diététicien, podologue, psychomotricien, ostéodensitométrie, acupuncteur, sophrologue)		100 € par année civile et par bénéficiaire	150 € par année civile et par bénéficiaire
Panier automédication (trousse du voyageur incluant rhume et rhinite allergique, contraception Homme et Femme, sevrage tabagique, homéopathie)		100 € par année civile et par bénéficiaire	150 € par année civile et par bénéficiaire
Vaccins non pris en charge		100 % des FR	100 % des FR
<b>AUTRE</b>			
Assistance		Oui	Oui

BR : la base de remboursement correspond au tarif de référence de la Sécurité sociale. PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Pour information, en 2023 il est de 3 666 €. Il est revalorisé au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année (sauf exception) FR : Frais réels TM : Ticket Modérateur BRR : Base de remboursement reconstruite.

Pour plus d'information, retrouvez les garanties et leurs détails dans votre contrat, valant notice d'information.



## MODULE A

### SOINS COURANTS

Honoraires médicaux		
Consultation généraliste	Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	+ 25 % de la BR
Consultation spécialiste	Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	+ 25 % de la BR
Actes techniques médicaux	Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	+ 25 % de la BR
Radiologie y compris ostéodensitométrie, échographie et imagerie médicale	Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	+ 25 % de la BR
Sage-femme		+ 25 % de la BR
Honoraires paramédicaux		+ 25 % de la BR
Analyses et examens en laboratoire		+ 25 % de la BR
Matériel médical		+ 25 % de la BR

### AIDES AUDITIVES

Équipement Adulte		+ 200 € par année civile par oreille
Équipement Enfant		+ 50 € par année civile par oreille

### HOSPITALISATION

Honoraires	Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	+ 25 % de la BR
Frais annexes		+ 25 % de la BR
Frais de séjour en établissement conventionné		+ 25 % de la BR
Frais de séjour en établissement non conventionné		+ 25 % de la BR
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 17 ans ou d'un adulte de plus de 62 ans à la date de l'admission (lit, repas)		+ 5 € par jour
Chambre particulière		+ 10 € par jour
Frais de transport		+ 25 % de la BR

### MATERNITÉ

Frais de séjour en établissement conventionné		+ 25 % de la BR
Frais de séjour en établissement non conventionné		+ 25 % de la BR
Chambre particulière		+ 10 € par jour

### AUTRES PRESTATIONS REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Cures thermales (sur présentation des justificatifs de dépenses, en complément des prestations de la Sécurité sociale et dans la limite des frais restant à charge)		+ 100 € par cure
---	--	------------------

## MODULE B

### OPTIQUE

Verre simple :		+ 20 € par verre
Verre complexe :		+ 25 € par verre
Verre hyper complexe :		+ 35 € par verre
Monture		+ 10 € par monture
Lentilles de contact correctives remboursées par la Sécurité sociale en complément du remboursement de la sécurité sociale		+ 20 € par année civile et par bénéficiaire

### DENTAIRE

Prothèses incluant remboursement de la sécurité sociale	Panier maîtrisé	+ 25 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés
	Panier libre	+ 25 % de la BR
Inlay onlay	Panier maîtrisé	+ 25 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés
	Panier libre	+ 25 % de la BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		+ 25 % de la BR

## MODULE C

### OPTIQUE

Lentilles de contact correctives non remboursées par la Sécurité sociale y compris produits d'entretien		+ 20 € par année civile et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive		+ 150 € par année civile et par bénéficiaire

### DENTAIRE

Prothèse non remboursée par la Sécurité sociale		+ 25 % de la BRR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale		+ 25 % de la BRR
Implantologie		+ 75 € par année civile et par bénéficiaire
Parodontologie		+ 50 € par année civile et par bénéficiaire

### AUTRES PRESTATIONS NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Cures thermales		+ 100 € par cure dans la limite des frais réels sur présentation des justificatifs de dépenses
Médecine douce (ostéopathie, chiropracteur, étiothérapie, diététicien, podologue, psychomotricien, ostéodensitométrie, acupuncteur, sophrologue)		+ 25 € par année civile et par bénéficiaire
Panier automédication (trousse du voyageur incluant rhume et rhinite allergique, contraception Homme et Femme, sevrage tabagique, homéopathie)		+ 25 € par année civile et par bénéficiaire

**Tableau issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 – Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé**  
**AFFINIT'AIR Formule Essentielle**  
**Exemples de Remboursement<sup>1</sup>**

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
<b>Forfait journalier hospitalier</b> (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
<b>Chambre particulière</b> (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	30 €	Frais réels sous déduction du remboursement de l'AMC
<b>Séjours avec actes lourds</b>					
<i>L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</i>					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>BR – 24 €</b>	<b>24 €</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 422 €	271,70 €	271,70 €	24 €	0 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 463 €	271,70 €	271,70 €	0 €	150,30 €
<b>Séjours sans acte lourd</b>					
<i>L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</i>					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>80 % BR</b>	<b>20 % BR</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0 €

**Tableau issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 – Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé  
AFFINIT'AIR Formule Essentielle**

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
<b>Soins courants</b>					
<b>Honoraires médecins secteur 1</b> (généralistes ou spécialistes)	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 1 €</b>	<b>30 % BR</b>	<b>1 € de participation forfaitaire</b>
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 1 €</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans</i>	49 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	15,50 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	52 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins secteur 2</b> (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 1 €</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)</b>	<b>1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	64 €	23 €	16,10 €	6,90 €	41 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	65 €	23 €	15,10 €	6,90 €	43 €
<b>Matériel médical</b>	<b>Tarif moyen facturé</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,99 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,59 €

**Tableau issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 – Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé  
AFFINIT'AIR Formule Essentielle**

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100 % santé</b>	<b>Honoraire limite de facturation (HLF)</b>	<b>BR</b>	<b>60 %* BR</b>	<b>30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	72€	428 €	0 €
<b>Soins (hors 100 % santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>60%* BR</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03€	17,35 €	0 €
<b>Prothèses (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 %* BR</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	554 €	120 €	72 €	108 €	374 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	698 €	193,50 €	193,50 €	96,75 €	407,75 €
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement dans la limite des PLV<sup>4</sup></b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : Verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex verres simples + monture</i>	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	119,91 €	236 €
<i>Ex verres progressifs + monture</i>	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	219,91 €	400 €

\*Sous réserve de la publication du nouveau taux au Journal officiel.

Mise à jour au 1<sup>er</sup> janvier 2024 - ces exemples sont dépourvus de valeur contractuelle

**Tableau issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 – Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé**  
**AFFINIT'AIR Formule Essentielle**

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
<b>Lentilles</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Forfait annuel</i>	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	80 €	Frais réels sous déduction du remboursement de l'AMC par an et par bénéficiaire
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex opération corrective de la myopie</i>	NC	Non remboursé	Non remboursé	Pas de prise en charge	Frais réels
<b>Aides auditives</b>					
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement dans la limite des PLV</b>	<b>0 €</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 565 €	400 €	240 €	260 €	1 065 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente

***Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)***

**Tableau issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 – Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé**  
**AFFINIT'AIR Formule Equilibre**  
**Exemples de Remboursement<sup>1</sup>**

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
<b>Forfait journalier hospitalier</b> (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
<b>Chambre particulière</b> (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	30 €	Frais réels sous déduction du remboursement de l'AMC
<b>Séjours avec actes lourds</b>					
<i>L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</i>					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>BR – 24 €</b>	<b>24 €</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 422 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	14,45 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 463€	271,70 €	271,70 €	81,51 €	109,79 €
<b>Séjours sans acte lourd</b>					
<i>L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</i>					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>80 % BR</b>	<b>20 % BR</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0 €

**Tableau issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 – Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé  
AFFINIT'AIR Formule Equilibre**

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
<b>Soins courants</b>					
<b>Honoraires médecins secteur 1</b> (généralistes ou spécialistes)	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 1 €</b>	<b>30 % BR</b>	<b>1 € de participation forfaitaire</b>
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 1 €</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans</i>	49 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	52 €	31,50 €	21,05 €	25,20 €	5,75 €
<b>Honoraires médecins secteur 2</b> (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 1 €</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)</b>	<b>1€ de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	64 €	23 €	16,10 €	13,80 €	34,10 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	65 €	23 €	15,10 €	13,80 €	36,10 €
<b>Matériel médical</b>	<b>Tarif moyen facturé</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0 €

**Tableau issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 – Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé**  
**AFFINIT'AIR Formule Equilibre**

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100 % santé</b>	<b>Honoraire limite de facturation (HLF)</b>	<b>BR</b>	<b>60 %* BR</b>	<b>30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
<b>Soins (hors 100 % santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>60 %* BR</b>	<b>30% BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
<b>Prothèses (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 %* BR</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	554 €	120 €	72 €	168 €	314 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	698 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	311 €
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement dans la limite des PLV<sup>4</sup></b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : Verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex verres simples + monture</i>	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	219,91 €	136 €
<i>Ex verres progressifs + monture</i>	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	379,91 €	240 €

\*Sous réserve de la publication du nouveau taux au Journal officiel.

Mise à jour au 1<sup>er</sup> janvier 2024 - ces exemples sont dépourvus de valeur contractuelle

**Tableau issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 – Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé**  
**AFFINIT'AIR Formule Equilibre**

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
<b>Lentilles</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Forfait annuel</i>	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	120 €	Frais réels sous déduction du remboursement de l'AMC par an et par bénéficiaire
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex opération corrective de la myopie</i>	NC	Non remboursé	Non remboursé	300 €	Frais réels sous déduction du remboursement de l'AMC
<b>Aides auditives</b>					
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement dans la limite des PLV</b>	<b>0 €</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 565 €	400 €	240 €	660 €	665 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente

***Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)***

**Tableau issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 – Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé**  
**AFFINIT'AIR Formule Renforcée**  
**Exemples de Remboursement<sup>1</sup>**

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
<b>Forfait journalier hospitalier</b> (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15€)	0 €
<b>Chambre particulière</b> (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	70 €	Frais réels sous déduction du remboursement de l'AMC
<b>Séjours avec actes lourds</b>					
<i>L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</i>					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>BR – 24 €</b>	<b>24 €</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 422 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO )</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 463 €	271,70 €	271,70 €	163,02 €	28,28 €
<b>Séjours sans acte lourd</b>					
<i>L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</i>					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>80 % BR</b>	<b>20 % BR</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0 €

**Tableau issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 – Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé  
AFFINIT'AIR Formule Renforcée**

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
<b>Soins courants</b>					
<b>Honoraires médecins secteur 1</b> (généralistes ou spécialistes)	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 1 €</b>	<b>30 % BR</b>	<b>1 € de participation forfaitaire</b>
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 1 €</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans</i>	49 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	52 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins secteur 2</b> (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 1 €</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)</b>	<b>1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	64 €	23 €	16,10 €	20,70 €	27,20 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	65 €	23 €	15,10 €	20,70 €	29,20 €
<b>Matériel médical</b>	<b>Tarif moyen facturé</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	1 € de participation forfaitaire

**Tableau issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 – Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé  
AFFINIT'AIR Formule Renforcée**

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100 % santé</b>	<b>Honoraire limite de facturation (HLF)</b>	<b>BR</b>	<b>60 %* BR</b>	<b>30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
<b>Soins (hors 100 % santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>60 %* BR</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
<b>Prothèses (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 %* BR</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	554 €	120 €	72 €	228 €	254 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	698 €	193,50 €	193,50 €	290,25 €	214,25 €
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement dans la limite des PLV<sup>4</sup></b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : Verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65€ par verre + 5,40€	34,85€ par verre + 24,60 €	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex verres simples + monture</i>	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	319,91 €	36 €
<i>Ex verres progressifs + monture</i>	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	539,91€	80 €

\*Sous réserve de la publication du nouveau taux au Journal officiel.

Mise à jour au 1<sup>er</sup> janvier 2024 - ces exemples sont dépourvus de valeur contractuelle

**Tableau issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 – Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé**  
**AFFINIT'AIR Formule Renforcée**

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
<b>Lentilles</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Forfait annuel</i>	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	160 €	Frais réels sous déduction du remboursement de l'AMC par an et par bénéficiaire
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex opération corrective de la myopie</i>	NC	Non remboursé	Non remboursé	600 €	Frais réels sous déduction du remboursement de l'AMC
<b>Aides auditives</b>					
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement dans la limite des PLV</b>	<b>0 €</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 565 €	400 €	240 €	1 060 €	265 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente

**Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)**

**Tableau issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 – Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé**  
**AFFINIT'AIR Formule Intégrale**  
**Exemples de Remboursement<sup>1</sup>**

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Hospitalisation</b>					
<b>Forfait journalier hospitalier</b> (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
<b>Chambre particulière</b> (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	150 €	Frais réels sous déduction du remboursement de l'AMC
<b>Séjours avec actes lourds</b>					
<i>L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</i>					
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>BR – 24 €</b>	<b>24 €</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassements si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 422 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)</b>	<b>Selon contrat</b>
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 463 €	271,70 €	271,70 €	191,30 €	0 €
<b>Séjours sans acte lourd</b>					
<i>L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé</i>					
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>					
<b>Frais de séjour</b>	<b>Différent selon public/privé</b>	<b>BR</b>	<b>80 % BR</b>	<b>20 % BR</b>	<b>0 €</b>
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0 €

**Tableau issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 – Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé**  
**AFFINIT'AIR Formule Intégrale**

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
<b>Soins courants</b>					
<b>Honoraires médecins secteur 1</b> (généralistes ou spécialistes)	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 1 €</b>	<b>30 % BR</b>	<b>1 € de participation forfaitaire</b>
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans</i>	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	<b>Dépassements maîtrisés</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 1 €</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans</i>	49 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	52 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1 € de participation forfaitaire
<b>Honoraires médecins secteur 2</b> (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	<b>Honoraires libres</b>	<b>BR</b>	<b>70 % BR – 1 €</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)</b>	<b>1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat</b>
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	64 €	23 €	16,10 €	29,90 €	18 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	65 €	23 €	15,10 €	29,90 €	20 €
<b>Matériel médical</b>	<b>Tarif moyen facturé</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0 €

**Tableau issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 – Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé**  
**AFFINIT'AIR Formule Intégrale**

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100 % santé</b>	<b>Honoraire limite de facturation (HLF)</b>	<b>BR</b>	<b>60 %* BR</b>	<b>30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires</b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
<b>Soins (hors 100 % santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>	<b>BR</b>	<b>60 %* BR</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
<b>Prothèses (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 %* BR</b>	<b>30 % BR + dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	554 €	120 €	72 €	468 €	14 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>100 % BR</b>	<b>Dépassement si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	698 €	193,50 €	193,50 €	504,50 €	0 €
<b>Optique</b>					
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement dans la limite des PLV<sup>4</sup></b>	<b>0 €</b>
<i>Ex : Verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40€	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex verres simples + monture</i>	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	355,91 €	0 €
<i>Ex verres progressifs + monture</i>	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	619,91 €	0 €

\*Sous réserve de la publication du nouveau taux au Journal officiel.

Mise à jour au 1<sup>er</sup> janvier 2024 - ces exemples sont dépourvus de valeur contractuelle

**Tableau issu de l'avis du CCSF du 11 mai 2021 – Lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé**  
**AFFINIT'AIR Formule Intégrale**

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) <sup>3</sup>	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
<b>Lentilles</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Pas de prise en charge (dans le cas général)</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Forfait annuel</i>	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	580 €	Frais réels sous déduction du remboursement de l'AMC par an et par bénéficiaire
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Non remboursé</b>	<b>Prise en charge si prévu au contrat</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Ex opération corrective de la myopie</i>	NC	Non remboursé	Non remboursé	1 000 €	Frais réels sous déduction du remboursement de l'AMC
<b>Aides auditives</b>					
<b>Équipement 100 % santé</b>	<b>Prix limite de vente (PLV)</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement dans la limite des PLV</b>	<b>0 €</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
<b>Équipement (hors 100 % santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>	<b>BR</b>	<b>60 % BR</b>	<b>40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires</b>	<b>Selon contrat</b>
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 565 €	400 €	240 €	1 325 €	0 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente

***Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)***

# Avec votre Espace Privé, accédez à tous vos services et vos remboursements de soins très simplement

Vous étiez déjà couvert par IPECA en tant que salarié ? Votre Espace Privé est maintenu avec votre identifiant et mot de passe.

Pour une gestion simplifiée de votre complémentaire santé, votre carte de tiers payant est disponible sur votre mobile et vous dispense d'avance de frais sans avoir à penser à prendre sa carte papier.

Vous n'aviez pas encore ouvert votre Espace Privé ? L'Espace Privé est facile à utiliser, vous pouvez y demander des prises en charge ou l'analyse de vos devis en optique ou dentaire.



## Créez votre compte pour bénéficier de toutes les fonctionnalités :

- Réaliser vos démarches
- Disposer de votre carte de tiers payant
- Suivre vos remboursements
- Trouver un professionnel de santé
- Accéder à tous vos services

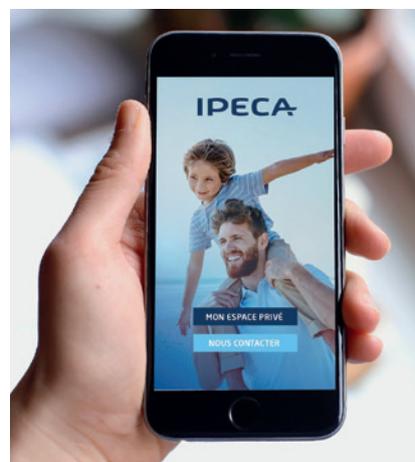
## PUIS TÉLÉCHARGEZ VOTRE APPLICATION MyIPECA

### Une application mobile pour :

- Consulter en un coup d'oeil vos remboursements
- Télécharger votre carte de tiers payant
- Envoyer vos pièces administratives



Cette application est dédiée à tous les participants IPECA PRÉVOYANCE.  
**Téléchargez gratuitement l'application !**



## IPECA dématérialise ses documents

Répondant aux nouveaux usages, IPECA a remplacé les envois postaux des documents de gestion par des envois électroniques. Votre carte de tiers payant et celle de vos bénéficiaires, ainsi que vos décomptes de remboursements, les devis et demandes de justificatifs peuvent être dématérialisés.

Pour bénéficier de ce service qui facilite nos relations et prend soin de notre planète, il suffit d'ouvrir son Espace Privé et de se rendre dans la rubrique Mon Profil/ Consentements/Documents de gestion et d'opter pour le mode « dématérialisation » des documents de gestion.

Pour plus d'explications, retrouvez le tout en images sur notre chaîne **YouTube**



# COMMENT ADHÉRER EN TOUTE TRANQUILLITÉ

## Sur la demande d'adhésion :

- choisissez le niveau qui vous convient le mieux et le ou les modules de renfort ;
- indiquez vos coordonnées complètes ;
- datez et signez la demande d'adhésion ;
- complétez et signez le mandat de prélèvement SEPA (joindre l'original) ;
- joignez un relevé d'identité bancaire ;
- joignez également la photocopie de votre attestation de droits Sécurité sociale et, éventuellement, celle de votre Conjoint ou de vos enfants.

## Et adressez-nous l'ensemble des documents par voie postale à l'adresse suivante :

**IPECA PRÉVOYANCE**  
**Service Affiliations**  
**5 rue Paul Barruel**  
**75740 Paris**



# Pourquoi choisir IPECA ?

## Tout simplement parce que nous vous connaissons déjà !

- Notre **solidarité intergénérationnelle** permet de vous protéger au mieux, avec des cotisations qui n'évoluent pas avec l'âge, après 55 ans
- Nous sommes **l'interlocuteur privilégié** de la communauté aéronautique et aérospatiale depuis plus de 75 ans
- Nous connaissons mieux que personne les **spécificités de vos métiers** et vos besoins en matière de protection sociale
- Nous vous accompagnons de **manière durable**, à chaque étape de votre vie et en toutes circonstances
- Notre Institution est **solide et indépendante**, avec une mutualisation forte, la protection de près de 300 000 salariés et retraités assurant ainsi la pérennité de nos garanties
- Notre **gestion rigoureuse** permet de préserver vos intérêts
- Notre **proximité** avec nos agences présentes sur les bassins d'emploi aéronautique et aérospatiale

### ET AUSSI PARCE QUE :

- Notre Institution est **à but non lucratif**, cela veut dire qu'il n'y a pas de recherche de profits ni d'actionnaires à rémunérer et que les cotisations sont redistribuées sous forme de prestations
- Notre **Conseil d'administration** composé des entreprises, des salariés et des **retraités** de la filière, vous représente en participant et en s'impliquant dans les orientations de l'Institution **pour défendre les intérêts des salariés et retraités**
- Et peut-être tout simplement parce que comme vous, IPECA appartient à la « **grande famille** » de l'aéronautique et de l'aérospatiale





## IPECA à vos côtés Comment nous joindre ?



  
Courrier

IPECA PRÉVOYANCE  
5 rue Paul Barruel  
75045 Paris cedex

  
Téléphone

Pour contacter vos  
conseillers IPECA :  
0 977 425 425\*  
(\*appel non surtaxé)

  
ipeca.fr / MyIPECA

Vous pouvez nous contacter, demander  
un devis ou nous adresser vos pièces  
administratives via votre Espace Privé  
dans la rubrique «Mes démarches».

## Rendez-vous dans l'agence la plus proche de chez vous

### AGENCE TOULOUSE

1, bis allée Charles Cros - 31770 Colomiers - Du lundi au jeudi : de 10 h à 12 h 30 et de 13 h à 16 h / Fermée le vendredi

### AGENCE MARIGNANE

32 chemin de la Tullière - 13127 Vitrolles - Du lundi au jeudi : de 10 h à 12 h 30 et de 13 h à 16 h / Fermée le vendredi

### AGENCE NANTES

13 rue de la Rabotière - 44162 St-Herlain - Du lundi au jeudi : de 10 h à 12 h 30 et de 13 h à 16 h / Fermée le vendredi

**Et sur rendez-vous au siège de Paris pour une étude personnalisée.**

Les garanties de la gamme Affinit'Air, ESSENTIELLE, ÉQUILIBRE, RENFORCÉE, INTÉGRALE et les modules A, B, C sont assurés par IPECA PRÉVOYANCE à l'exception des garanties d'assistance. Les garanties d'assistance sont souscrites par IPECA PRÉVOYANCE auprès de Fragonard Assurances, SA au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Paris - Entreprise régie par le code des Assurances - Siège social : 2 Rue Fragonard - 75017 Paris, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

**IPECA PRÉVOYANCE / 5 rue Paul Barruel / 75740 Paris cedex 15**

**ipeca.fr**

Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale et relevant de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACRP) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.