

Swiss Prévoyance Entreprises

Les garanties santé



Les garanties santé sont destinées à des groupes de **1 à 100 salariés**. Elles peuvent être souscrites dans le cadre d'un plan complet de prévoyance à adhésion obligatoire ou séparément. Une adhésion facultative est possible sous conditions.

Swiss Prévoyance Entreprises, pour choisir la sérénité

Swiss Prévoyance Entreprises propose **5 formules*** de garanties de base **pouvant être aménagées** sur les postes hospitalisation, dentaire, optique, médecine courante, afin de répondre au mieux aux besoins des salariés. Le salarié et sa famille peuvent ainsi gérer leur santé, en totale assurance.

Les garanties santé respectent les dispositions relatives aux **contrats "responsables"** (loi du 13 août 2004 et décrets qui s'y rattachent). A ce titre, restent à la charge de l'assuré : la contribution forfaitaire de 1€ par acte médical prélevée par le régime obligatoire, les franchises de 0,50 €/boîte de médicaments, acte d'auxiliaires médicaux et de 2 €/transport ; et en cas de non respect du parcours de soins, ne

sont pas pris en charge, les majorations de ticket modérateur, ainsi que le dépassement des honoraires des spécialistes consultés directement, à hauteur de 8 € en général, en 2009.

En contrepartie, ces garanties permettent, à condition de remplir les autres obligations afférentes, notamment le caractère obligatoire de l'adhésion, de **bénéficier des avantages suivants :**

- **avantages fiscaux** pour l'entreprise et pour le salarié, en application de l'**article 83** du code général des impôts,
- **exonération de cotisations sociales** dans les conditions et limites de l'article L242-1 du code de la Sécurité sociale,
- **exonération de taxe de 7 %** sur les conventions d'assurance.

Carte Blanche, un accompagnement et des services exclusifs

Les salariés et leur famille bénéficient de services performants auprès de plus de 66 000 professionnels de santé partenaires accrédités du réseau Carte Blanche, répondant à un certain nombre de critères objectifs :

- ➔ **la dispense d'avance de frais** grâce au tiers payant et prises en charge pratiqués en cas d'hospitalisation, chez les pharmaciens, laboratoires, radiologues**, opticiens, chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes et audioprothésistes partenaires,
- ➔ **la baisse de leur éventuel reste à charge** grâce aux engagements tarifaires de plus de 8 000 opticiens, 4 200 chirurgiens-dentistes, ainsi que des audioprothésistes, ostéopathes et diététiciens partenaires.

Chacun demeure naturellement libre de consulter un professionnel de santé hors du réseau Carte Blanche, hors conditions spécifiques indiquées ci-avant.

- ➔ des **informations** santé et prévention : **par téléphone**, **lettre d'information santé**, accès personnalisé au site d'information **www.carteblanchesante.com**, accès à des **programmes de prévention** tels que coaching arrêt du tabac.

* sous réserve d'acceptation technique et médicale

** dans le cadre du parcours de soins coordonnés uniquement

Les garanties santé

Les garanties sont exprimées en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale et sont versées en plus de celles du régime obligatoire, et dans la limite des frais engagés.

	SPE TM	SPE 100
Hospitalisation y compris maternité		
• Frais de séjour	TM	100%
• Chirurgie	TM	100%
• Anesthésie	TM	100%
• Hospitalisation à domicile	TM	100%
• Transport du malade	TM	100%
• Forfait hospitalier - durée illimitée	FR	FR
• Chambre particulière - durée illimitée - maxi/jour	90 €/j	90 €/j
• Lit d'accompagnant - durée illimitée	-	21 €/j
Dentaire		
• Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale	TM	100%
• Prothèses et orthodontie remboursées par la Sécurité sociale	TM	100%
• Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale, y compris implantologie, prothèses, orthodontie, parodontologie	Forfait/an/personne	6% PMSS
Optique		
• Verres et montures remboursés + lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale + Forfait/an/personne	TM	100%
- soit forfait unique adulte/enfant	3% PMSS	4% PMSS
- soit en option (en substitution du forfait adulte-enfant)		
- forfait pour les adultes	3% PMSS	4% PMSS
- forfait pour les enfants de moins de 18 ans	2% PMSS	3% PMSS
+ forfait supplémentaire/an/adulte pour les corrections > 6 dioptries, verres multifocaux ou progressifs, chirurgie réfractive	1,50% PMSS	3% PMSS
Médecine courante y compris maternité		
• Médecins, auxiliaires médicaux, laboratoires	TM	100%
• Radiologie - Imagerie - Echographie	TM	100%
• Actes de spécialité : actes techniques médicaux (ATM)	TM	100%
• Consultations d'ostéopathes et de chiropracteurs non remboursées par la Sécurité sociale par consultation (maxi 5/an/personne)	-	1% PMSS
Pharmacie		
• Médicaments et homéopathie remboursés par la Sécurité sociale	100% - RSS	100% - RSS
• Vaccins non remboursés en recommandations générales du calendrier vaccinal	forfait/an/personne 2% PMSS	3% - PMSS
Prestations diverses		
• Prothèses et appareillage auditif, orthopédique... + forfait prothèses capillaires remboursées par la Sécurité sociale	Forfait/an/personne -	100% 2% PMSS
• Cures thermales : dépenses remboursées par la Sécurité sociale + forfait/an/personne	TM 3,50% PMSS	100% 5% PMSS
• Maternité Actes d'obstétrique Chambre particulière - maxi/jour + forfait versé à l'assurée par maternité ou adoption	TM 90 €/j 4% PMSS	100% 90 €/j 5% PMSS
Forfait Prévention Santé - voir liste détaillée ci-après		
Prise en charge de 50% des actes de dépistage et soins préventifs non remboursés par la Sécurité sociale	Forfait/an/personne	4% PMSS
RDV Pharmaceutique **		
Une consultation à 10 €/an	OUI	OUI
Assistance vie quotidienne		
	OUI	OUI
Option frais d'obsèques		
• Indemnité en cas de décès de l'assuré(e) ou de son conjoint, de ses enfants à charge	sur option 100% PMSS	sur option 100% PMSS

TM ou ticket modérateur : fraction des dépenses laissée à la charge de l'assuré social, correspondant à la différence entre la base de remboursement et le remboursement effectif du régime obligatoire


RSS : remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale

En secteur non conventionné, les remboursements sont égaux à ceux qui auraient été versés en secteur conventionné.

* en secteur non conventionné, la prise en charge est limitée à 90 % des frais réels

** RDV accordé par les pharmaciens partenaires - information auprès de Carte Blanche

SPE 200	SPE 300	SPE FR ⁽²⁾	Aménagements
200%	300%	FR *	Aménagement possible des garanties
200%	300%	350%	
200%	300%	350%	
200%	300%	350%	
200%	300%	350%	
FR	FR	FR	Aménagement possible des garanties
90 €/j	90 €/j	90 €/j	
40 €/j	50 €/j	60 €/j	
200%	300%	400% (1)	Aménagement possible des garanties
200%	300%	400% (1)	
8% PMSS	10% PMSS	15% PMSS (1)	
200%	300%	400%	Aménagement possible des garanties
5% PMSS	7% PMSS	10% PMSS	
5% PMSS	7% PMSS	10% PMSS	
4% PMSS	6% PMSS	9% PMSS	
3,50% PMSS	6% PMSS	8% PMSS	
200%	300%	FR *	Aménagement possible des garanties
200%	300%	FR *	
200%	300%	FR *	
1,50% PMSS	2% PMSS	2% PMSS	
100% - RSS 3% - PMSS	100% - RSS 4% - PMSS	100% - RSS 4% - PMSS	
200%	300%	400%	
2% PMSS	4% PMSS	4% PMSS	Les garanties peuvent être aménagées sur les postes mentionnés ci-dessus. N'hésitez pas à demander une étude personnalisée.
200%	300%	400%	
6% PMSS	8% PMSS	10% PMSS	
200%	300%	350%	
90 €/j	90 €/j	90 €/j	
6% PMSS	8% PMSS	10% PMSS	
6% PMSS	6% PMSS	6% PMSS	<input type="checkbox"/> OUI
OUI	OUI	OUI	
OUI	OUI	OUI	
sur option 100% PMSS	sur option 100% PMSS	sur option 100% PMSS	

(1) Disposition spécifique aux contrats dont l'effectif assuré à l'adhésion est inférieur à 6 salariés. Le total des remboursements effectués, au titre du poste Dentaire, est limité à 75 % du PMSS/an/bénéficiaire, pendant les 2 premières années d'assurance. Cette limitation cesse d'être appliquée à compter de la 3^e année.

(2) sous conditions si l'effectif à assurer est inférieur ou égal à 3 salariés

Exemples de remboursements

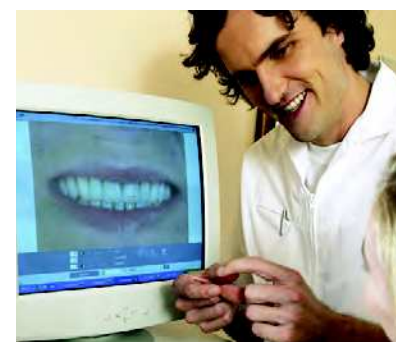
Chez le médecin spécialiste

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés



«Après consultation, mon médecin traitant m'a orienté vers un dermatologue. Pour ma consultation à 40 €, la Sécurité sociale m'a remboursé 15,10 €. Avec la formule SPE 100, j'ai touché 23 € en plus ; donc, hormis la contribution de 1 € par acte médical prélevée par la Sécurité sociale, j'ai été presque intégralement remboursé !»

Chez le dentiste



«Pour une couronne dentaire à 460 €, la Sécurité sociale m'a remboursé 75,25 €. Avec la formule SPE 300, j'ai touché en plus 322,50 €. Il est donc resté à ma charge 62,25 €».

Exemples au 01/03/2009