

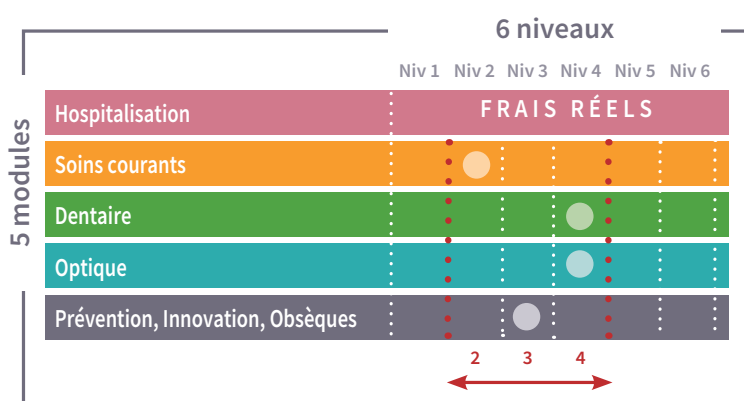
Aviva Santé Collective Standard

Le contrat Aviva Santé Collective Standard est conforme aux dispositions du contrat responsable et vous permet de bénéficier des exonérations de charges et de déductions fiscales prévues par la réglementation.

Contrat responsable

Le contrat Aviva Santé Collective Standard est conforme aux dispositions du contrat responsable et vous permet de bénéficier des exonérations de charges et de déductions fiscales prévues par la réglementation.

Une solution qui s'adapte à chaque salarié et qui est composée :



D'un socle commun obligatoire :

● Plusieurs niveaux de garanties sont proposés afin de répondre au mieux au budget que vous souhaitez allouer en termes de protection santé. Vous construisez vos garanties **module par module**.

Pour chaque module, vous choisissez parmi : 6 niveaux de garanties (2 niveaux d'amplitude maximum).

D'options individuelles

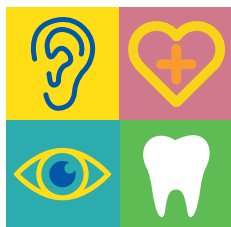
- Chaque salarié est libre de renforcer ses garanties en souscrivant un des renforts individuels pour lui et sa famille.

Renforts :	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Soins courants	+25%	+50%	+125%
Prothèses dentaires et orthodontie	+50%	+100%	+125%
Implants	+100 €/an	+150 €/an	+250 €/an
Optique	+50 €/an	+100 €/an	+350 €/an
Prévention	+50 €/an	+100 €/an	+150 €/an

Renforts optionnels financés par le salarié

Vos salariés bénéficient des paniers de soins 100% santé :

CONFORME
À LA RÉFORME
100% SANTÉ



Notre offre intègre les paniers de soins 100% santé* avec un Reste à Charge 0 sur certains actes et équipements pour les postes Optique, Dentaire et Aides Auditives et ce, quel que soit le niveau de garanties choisi.

* Dont le contenu est défini réglementairement.

Des services en plus

Tous les avantages du réseau de soin Carte Blanche



- **Pas d'avance de frais :**
grâce au tiers-payant pratiqué chez de nombreux professionnels de santé.
- **Un réseau santé unique :**
180 000 professionnels de santé accrédités, dont 7 500 opticiens.

L'action sociale Aviva

- La téléconsultation médicale pour consulter un médecin généraliste ou un spécialiste par écrit, téléphone ou vidéo.
- Une aide financière en cas de coup dur pour faire face à des dépenses de santé exceptionnelles ou en cas de difficultés passagères.*
- Un soutien psychologique gratuit et confidentiel pour faire face aux difficultés professionnelles ou personnelles.
- Des actions de formation et de prévention en entreprise.

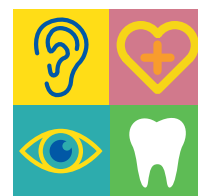
**Sous conditions de ressources.*

Pour votre entreprise, un espace « RH »

- Suivi de votre contrat.
- Gestion de vos salariés (entrées, sorties, ...).

Pour vos salariés, un espace personnalisé


- Le suivi des remboursements.
- La possibilité de faire une demande de prise en charge hospitalière.
- La géo-localisation des professionnels de santé.





Garanties incluant le remboursement de la Sécurité sociale dans le cadre du « parcours de soins » et dans la limite des frais réellement engagés, sous déduction des participations forfaitaires et des franchises médicales.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
■ HOSPITALISATION (y compris maternité)						
Frais de séjour	Conventionné : 100 % FR Non conventionné : 80 % FR avec un minimum du TM					
Frais de séjour en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé	250 % BR	250 % BR	250 % BR	350 % BR	350 % BR	500 % BR
Chambre particulière (limité à 30 jours en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé)	Conventionné : 100 % FR Non conventionné : 80 % FR par jour					
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTAM : 100 % FR Médecin non DPTAM : 200 % BR					
Forfait sur les actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Lit d'accompagnant	Conventionné : 100 % FR Non conventionné : 80 % FR avec un minimum du TM					
Transport pris en charge par l'AM	250 % BR	250 % BR	250 % BR	350 % BR	350 % BR	500 % BR

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
■ SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux (médecin généraliste, spécialiste, acte technique, radiologie, échographie)	Médecin DPTAM : 100 % BR Médecin non DPTAM : 100 % BR	Médecin DPTAM : 125 % BR Médecin non DPTAM : 105 % BR	Médecin DPTAM : 200 % BR Médecin non DPTAM : 180 % BR	Médecin DPTAM : 300 % BR Médecin non DPTAM : 200 % BR	Médecin DPTAM : 400 % BR Médecin non DPTAM : 200 % BR	Médecin DPTAM : 100 % FR Médecin non DPTAM : 200 % BR
Honoraires paramédicaux	100 % BR	125 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	100 % FR
Médicaments prise en charge par l'AM	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
AUTRES SOINS COURANTS						
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	125 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	100 % FR
Matériel médical	100 % BR	125 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	100 % FR

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
■ DENTAIRE						
 Soins et Prothèses 100% santé*	100 % HLF					
Soins et Prothèses hors 100% santé						
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques	100 % BR	150 % BR	250 % BR	350 % BR	400 % BR	450 % BR
Radiologie dentaire	100 % BR	150 % BR	250 % BR	350 % BR	400 % BR	450 % BR
Parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire	–	100 € par année civile	200 € par année civile	300 € par année civile	400 € par année civile	500 € par année civile
Prothèses prises en charge par l'AM	150 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR	550 % BR	650 % BR
Implant (racine et pilier implantaire)	–	300 € par année civile	500 € par année civile	700 € par année civile	900 € par année civile	1200 € par année civile
Orthodontie prise en charge par l'AM	150 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR	550 % BR	650 % BR
Orthodontie non prise en charge par l'AM	–	100 € par année civile	200 € par année civile	300 € par année civile	400 € par année civile	500 € par année civile

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
■ OPTIQUE						
<p>Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.</p> <p>A l'exception des cas mentionnés dans la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS notamment** pour les enfants de moins de 16 ans et les adultes de 16 ans et plus pour lesquels un renouvellement est prévu chaque année en cas de dégradation des performances oculaires d'au moins 0.5 sur un œil ou 0.25 sur les deux yeux.</p>						
 Equipements 100% Santé*	100 % PLV					
Equipements hors 100% Santé						
Adultes :						
Monture + paire de verres simples	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €	Réseau : 100 % des FR (limité à 420 €)
Monture + paire de verres complexes	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €	Réseau : 100 % des FR (limité à 700 €)
Monture + paire de verres très complexes	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €	Réseau : 100 % des FR (limité à 800 €)
Enfant de moins de 16 ans :						
Monture + paire de verres simples	150 €	175 €	200 €	250 €	300 €	Réseau : 100 % des FR (limité à 400 €)
Monture + paire de verres complexes	200 €	250 €	350 €	450 €	550 €	Réseau : 100 % des FR (limité à 700 €)
Monture + paire de verres très complexes	200 €	250 €	350 €	450 €	550 €	Réseau : 100 % des FR (limité à 800 €)
Lentilles prises en charge ou non par l'AM Au-delà du plafond, remboursement de 100 % de la BR	150 € par année civile	200 € par année civile	300 € par année civile	400 € par année civile	500 € par année civile	600 € par année civile
Chirurgie réfractive	200 € par œil	300 € par œil	400 € par œil	600 € par œil	800 € par œil	1000 € par œil

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
■ AIDES AUDITIVES						
Le renouvellement de la prise en charge ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.						
 Equipements 100% Santé*	100 % PLV					
Equipements hors 100% Santé	250 € par oreille	500 € par oreille	750 € par oreille	875 € par oreille	1000 € par oreille	1500 € par oreille

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
■ CURES						
Cures thermales, forfait par cure	500 €	500 €	500 €	650 €	650 €	800 €
■ PRÉVENTION NON PRISE EN CHARGE PAR L'AM						
Médecine douce : Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, podologie, homéopathie, étio-pathie, diététicien						
Examens, analyses, radios prescrits mais non pris en charge par l'AM	50 € par année civile	100 € par année civile	200 € par année civile	250 € par année civile	300 € par année civile	400 € par année civile
Vaccins et Médicaments prescrits mais non pris en charge par l'AM (sevrage tabagique, homéopathie, pilules contraceptives)						
Forfait maternité (doublé en cas de naissances multiples)	350 €	350 €	350 €	350 €	350 €	350 €

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
■ GARANTIE OBSÈQUES						
Forfait (prestation limitée aux frais réels pour les moins de 12 ans)	3 200 €	3 200 €	3 200 €	3 200 €	3 200 €	3 200 €

Lexique :

AM : Assurance Maladie.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

FR : Frais réels.

PLV : Prix limite de Vente défini par la réglementation en vigueur.

HLF : Honoraires limites de facturation.

TM : Ticket Modérateur.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée est applicable à l'ensemble des spécialités de médecins.

Il s'agit d'un engagement du médecin envers la Sécurité sociale, visant à encadrer la prise en charge des dépassements d'honoraires. Ce dispositif recouvre le C.A.S (Contrat d'accès aux soins), l'OPTAM et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) (CO pour chirurgie et obstétrique).

* tels que définis réglementairement.

** Article qui renvoie à la liste prévue par l'Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associés pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste des produits et prestations remboursés prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale (§ VIII qui vise les cas de renouvellements anticipés).

*** Prise en charge au minimum de 100% BR par équipement.