



LIVRET D'ACCUEIL
Régimes labellisés
Prévoyance & Santé

SOMMAIRE

Introduction	3
Régime labellisé de prévoyance	4
Les bénéficiaires du régime	4
Le financement du régime	4
Les garanties Décès	6
Articulation des indemnités Arrêt de travail de la Sécurité sociale et du régime labellisé	8
Les garanties Incapacité Temporaire	10
Les garanties Invalidité	13
Comment le salarié est-il indemnisé ?	14
Régime labellisé de santé	15
Les bénéficiaires du régime	15
Comment fonctionnent les remboursements en santé ?	16
Comment limiter le reste à charge ?	18
Les différents niveaux de couverture et leurs tarifs	20
Les garanties	22
Exemples de remboursements	26
Comment le salarié est-il remboursé ?	26
Autres avantages du dispositif	27
Contacts	28

INTRODUCTION

Les partenaires sociaux de la branche des Commerces de Détails Non Alimentaires ont mis en place un **régime frais de santé** (2015 renouvelé en 2021) et un **régime de prévoyance** (2019). Aujourd'hui, quatre organismes d'assurances sont labellisés par le CDNA pour la couverture de ces régimes dans un contexte de **coassurance**.



Ce système de coassurance permet la mise en commun des forces des institutions pour :

- Faciliter la souscription des entreprises de la branche et ainsi couvrir le plus grand nombre de salariés.
- Mutualiser au mieux les risques afin d'offrir une tarification qui soit la plus juste et la plus pérenne.

Afin de vous aider à mieux comprendre les dispositifs mis en place et de faciliter vos démarches, vous trouverez dans ce livret des explications et des rappels sur vos régimes labellisés de prévoyance et de santé.

Comment adhérer ?



L'employeur peut adhérer en se rendant sur les différents sites des coassureurs et en contactant un conseiller.

- APICIL : <https://pro.apicil.com/accord-branche/commerces-de-detail-non-alimentaires-2/>
- KLESIA : <https://www.klesia.fr/commerces-de-detail-non-alimentaires-cdna>
- MALAKOFF HUMANIS : <https://www.malakoffhumanis.com/entreprises/conventions-collectives-nationales/commerces-detail-non-alimentaires/>

RÉGIME LABELLISÉ DE PRÉVOYANCE

LES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME

Qui sont les bénéficiaires ?

Est couvert par le régime labellisé de Prévoyance, l'ensemble du personnel d'une entreprise qui adhère au régime. La couverture prend effet à la date d'adhésion précisée au certificat d'adhésion, en général à l'entrée du salarié dans l'entreprise.

La situation familiale

La situation familiale du salarié a son importance, notamment pour les garanties Décès puisque les prestations sont fonction de celle-ci.

Ainsi, est considéré comme **conjoint(e)** l'époux(se), non séparé(e) de corps judiciairement à la date du sinistre ouvrant droit à prestations, ou le partenaire lié au participant par un Pacte civil de solidarité (Pacs).

Un **enfant**, qu'il soit légitime, naturel, adoptif ou reconnu, est considéré comme étant à la charge du salarié jusqu'à son 18^e anniversaire (ou son 26^e anniversaire en cas de poursuite d'études).

Pièces justificatives à envoyer lors de l'adhésion par le salarié

- Son bulletin d'affiliation, transmis par l'employeur au moment de son embauche.
- La désignation des bénéficiaires du capital décès

LE FINANCEMENT DU RÉGIME

Les cotisations sont exprimées en fonction d'un pourcentage des tranches du salaire. Ces taux sont détaillés ci-après :

	T1	T2
Total régime conventionnel	1,16 %	1,78 %
Option 1	+ 1,95 %	+ 0,95 %
Option 2	+ 1,47 %	+ 1,47 %
Maintien de salaire	+ 0,89 %	+ 1,25 %

En 2024, le montant du Plafond mensuel de la Sécurité sociale est de 3 864 €.

T1 : Tranche 1 (part de la rémunération entre le premier euro et jusqu'à 1 x le Plafond mensuel de la Sécurité sociale), soit de 1 € à 3 864 € brut par mois.

T2 : Tranche 2 (part de la rémunération entre 1 et 4 x le Plafond mensuel de la Sécurité sociale), soit entre 3 865 € et 15 456 € brut par mois.

Exemple : Pour un salarié percevant 2 000 € brut par mois, celui-ci va cotiser :

- **Base conventionnelle** : 23,20 € par mois
- **Option 1** : 42,20 € par mois
- **Option 2** : 52,60 € par mois

Cette cotisation est prise en charge au minimum à 50 % par l'employeur (à l'exception de la garantie Maintien de salaire, qui est une option à la charge du seul employeur, cf. p. 12).

DANS QUELS CAS LE SALARIÉ A-T-IL DROIT AU MAINTIEN DES GARANTIES APRÈS CESSATION DE SON EMPLOI ?

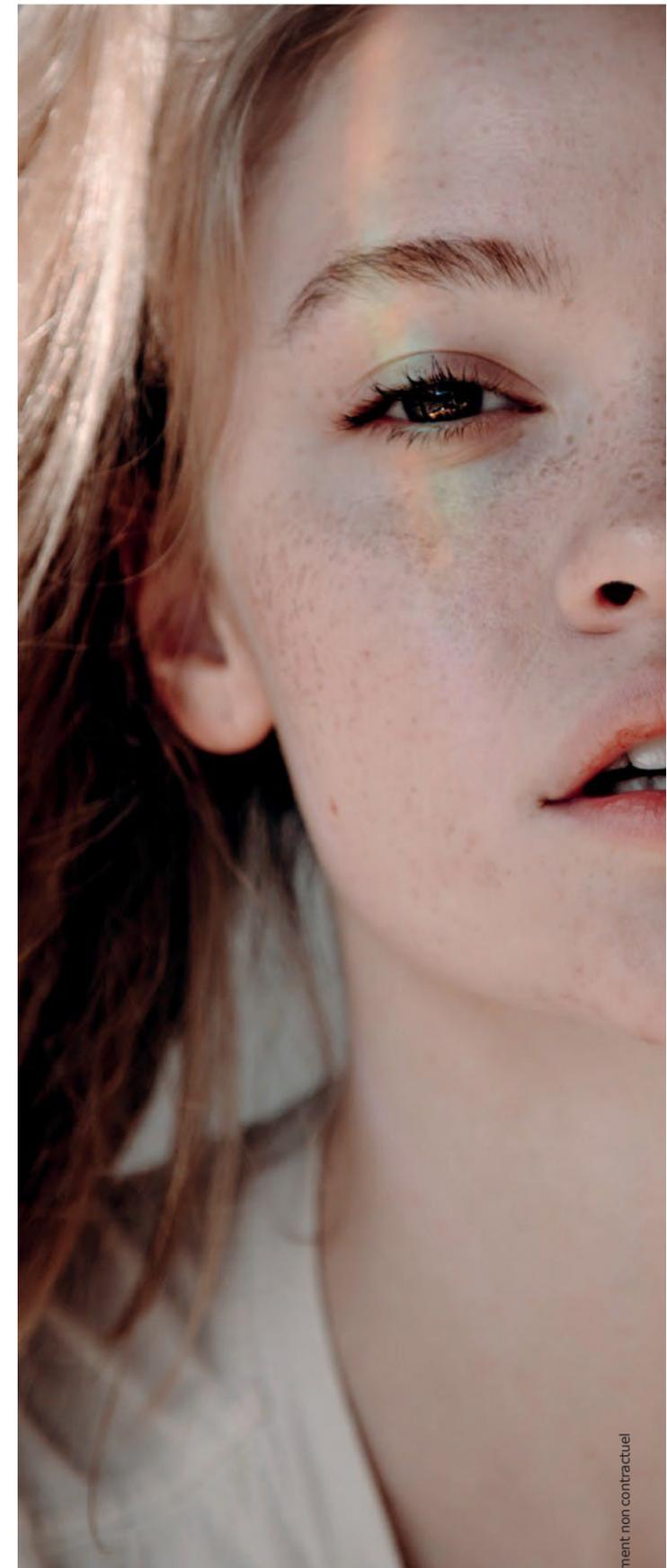
→ Le salarié peut bénéficier du maintien des garanties si son contrat de travail a pris fin (excepté dans le cas d'un licenciement pour faute lourde) et s'il perçoit les allocations de l'assurance chômage : il est alors en **portabilité**. Pour en bénéficier, il faut qu'il retourne un bulletin de demande de portabilité à son assureur. La durée de la portabilité est équivalente à celle de son dernier contrat de travail dans la limite de 12 mois et elle prend fin lorsqu'il cesse de percevoir les allocations chômage.

→ Le financement du maintien des garanties en vigueur dans l'entreprise est réalisé à l'aide de la mutualisation, aucune cotisation ne sera demandée au salarié.

→ Pour les salariés en arrêt de travail, même en cas de résiliation ultérieure du contrat de prévoyance, s'ils sont reconnus en état d'invalidité ou d'incapacité permanente postérieurement à la date de résiliation, ils bénéficient également du maintien des garanties au titre de la « loi évin ».

La désignation des bénéficiaires du capital décès

Le salarié peut désigner un ou plusieurs bénéficiaires du capital décès au moment de son affiliation, à l'aide d'un formulaire délivré par son assureur. Cette désignation peut être modifiée à tout moment, notamment si elle n'est plus appropriée (changement de situation familiale, naissance..).



LES GARANTIES DÉCÈS

Le dispositif est composé d'une base conventionnelle pouvant être renforcée sous décision de l'employeur par deux options. Selon le niveau retenu par l'employeur, les garanties Décès sont rappelées ci-dessous.

	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
Garanties Décès	T1 + T2 (en % du salaire de base)	T1 + T2 (en % du salaire de base)	T1 + T2 (en % du salaire de base)
Capital décès toutes causes			
Tout assuré quelle que soit sa situation familiale	140 %	300 %	300 %
Majoration par enfant à charge	60 %	60 %	100 %
Invalidité absolue et définitive toutes causes			
Versement par anticipation du capital décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes
Double effet			
En cas de décès du conjoint, simultané ou postérieur à celui de l'assuré, à condition qu'il reste au moins un enfant à charge du conjoint lors de son décès et initialement à la charge de l'assuré	100 % du capital décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes	100 % du capital décès toutes causes
Doublement accident			
En cas de décès accidentel de l'assuré	--	--	100 % du capital décès toutes causes
Frais d'obsèques			
En cas de décès de l'assuré	Frais réels, limités à 100 % du PMSS	Frais réels, limités à 100 % du PMSS	Frais réels, limités à 100 % du PMSS
Rente éducation (plancher annuel de 1 000 € / option 1 + 500 € / option 2 + 1 000 €)			
Enfant jusqu'au 12 ^e anniversaire	5 %	7,5 %	10 %
Enfant du 12 ^e au 18 ^e anniversaire	7,5 %	10 %	15 %
Enfant du 18 ^e au 30 ^e anniversaire (si poursuite d'études)	10 %	12,5 %	20 %
Doublement pour orphelin des deux parents	Garanti	Garanti	Garanti
Rente de conjoint			
Viagère	--	10 %	10 %
Rente handicap			
Viagère	500 € par mois	500 € par mois	500 € par mois

Exemple – Décès

Madame A. est mariée et a trois enfants âgés de :

- 24 ans, en CDI et qui n'est plus considéré comme à charge.
- 21 ans, en études supérieures.
- 16 ans, il est au lycée.

Elle décède d'une maladie. Son bulletin de désignation de bénéficiaires mentionne son époux et ses enfants comme bénéficiaires du capital décès. Ses enfants sont également éligibles à une rente éducation. Son salaire était de 2 000 € brut par mois depuis 12 mois avant son décès ; elle a donc perçu 24 000 € par an avant son décès.

Ses bénéficiaires percevront donc :

• Capital décès :

- **Base conventionnelle** : $260 \% \times 24\,000 = 62\,400 \text{ €}$
- **Option 1** : $420 \% \times 24\,000 = 100\,800 \text{ €}$
- **Option 2** : $500 \% \times 24\,000 = 120\,000 \text{ €}$

• Rente éducation :

- L'aîné âgé de 24 ans est en CDI et n'est pas considéré comme à charge ; il n'est donc pas éligible à une rente éducation.
- Le cadet âgé de 21 ans est en études supérieures ; il percevra une rente annuelle jusqu'à son 26^e anniversaire (s'il poursuit ses études) :

- **Base conventionnelle** : $10 \% \times 24\,000 = 2\,400 \text{ €}$
- **Option 1** : $12,5 \% \times 24\,000 = 3\,000 \text{ €}$
- **Option 2** : $20 \% \times 24\,000 = 4\,800 \text{ €}$

- Le benjamin âgé de 16 ans percevra une rente annuelle jusqu'à son 18^e anniversaire (s'il ne poursuit pas ses études) :

- **Base conventionnelle** : $7,5 \% \times 24\,000 = 1\,800 \text{ €}$
- **Option 1** : $10 \% \times 24\,000 = 2\,400 \text{ €}$
- **Option 2** : $15 \% \times 24\,000 = 3\,600 \text{ €}$

• Rente de conjoint :

- Le conjoint percevra, mais uniquement au titre de l'Option 1 et de l'Option 2, une rente annuelle viagère de :
- $10 \% \times 24\,000 = 2\,400 \text{ €}$.

Pièces justificatives à envoyer en cas de demande de prestation décès

- Extrait d'acte de décès
- Copie des bulletins de salaire correspondant à la rémunération au cours des 12 derniers mois
- Certificat médical
- Relevé d'identité bancaire
- Copie intégrale de l'acte de naissance de chacun des bénéficiaires
- Photocopie de l'avis d'imposition
- Copie du livret de famille
- Certificat de scolarité justifiant la qualité de l'enfant à charge
- D'éventuels justificatifs pouvant être demandés dans des cas plus spécifiques

Attention !

La Sécurité sociale prévoit aussi, sous certaines conditions, le versement d'un capital décès, qui n'est pas automatique. Il faut en faire la demande dans un délai d'un mois. D'autres prestations peuvent être dues aux ayants droit ; pour plus d'informations, se rendre sur ameli.fr, dans la rubrique « Décès d'un proche ».

ARTICULATION DES INDEMNISATIONS ARRÊT DE TRAVAIL

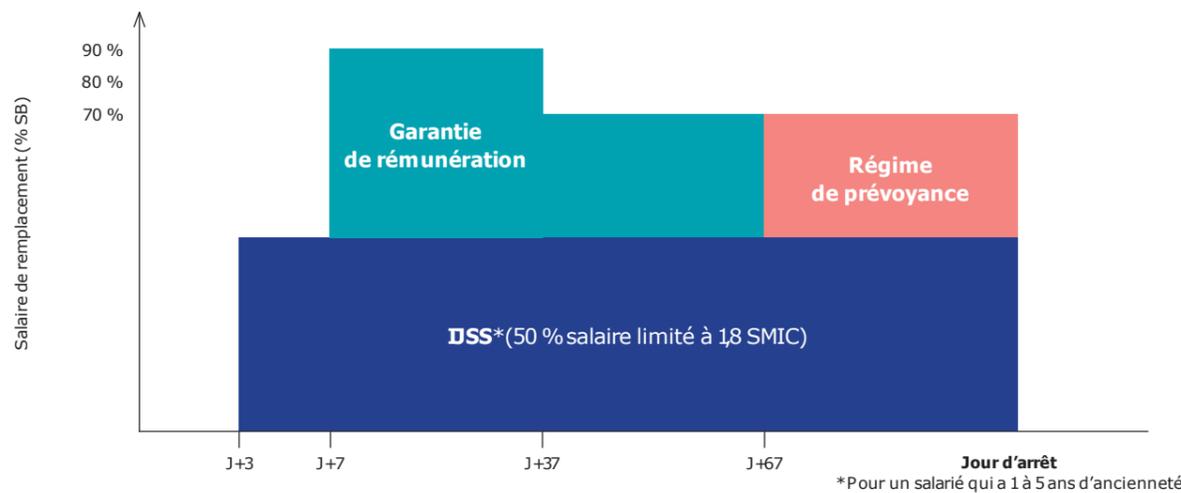
L'intervention du régime labellisé en cas d'arrêt de travail

Concernant les garanties Arrêt de travail, celles-ci ont pour objectif de compenser la perte de revenu en cas de maladie, d'accident de travail, de maladie professionnelle ou d'invalidité.

En cas d'arrêt de travail, le salarié a le droit à des indemnités journalières versées par le régime général, plus communément

appelé « **Sécurité sociale** », dues après un délai de carence de 3 jours. En complément, il incombe à l'employeur le versement d'une garantie de rémunération, à compter d'un délai de carence de 7 jours cette fois-ci.

Le régime labellisé intervient quant à lui en complément des prestations de la Sécurité sociale et en relai de la **garantie de rémunération**, c'est-à-dire une fois que la durée d'indemnisation partielle par l'employeur s'est écoulée.



Intervention du régime général (Sécurité sociale) en Incapacité

Lorsque son médecin lui prescrit un arrêt de travail, le salarié tombe dans l'état appelé **Incapacité** et il obtient un avis d'arrêt de travail à transmettre au plus tard dans les 48 heures à son employeur. À l'aide de sa carte Vitale, l'Assurance maladie est automatiquement prévenue via la télétransmission. L'employeur émet alors

une attestation de salaire qu'il transmet à la caisse d'assurance maladie, permettant de calculer les indemnités journalières (**IJSS**).

L'indemnisation débute à compter du 4^e jour (sauf accident du travail ou maladie professionnelle), sur la base de 50 % de la moyenne du salaire perçu sur les 3 derniers mois (ou sur les 12 derniers mois en cas d'activité discontinue), dans la limite de 1,8 x le SMIC.

La garantie de rémunération en cas d'arrêt de travail

À partir du 8^e jour d'absence, l'employeur est tenu de verser au salarié une indemnisation complémentaire destinée à compléter les indemnités de la Sécurité sociale, afin d'assurer le maintien partiel de sa rémunération.

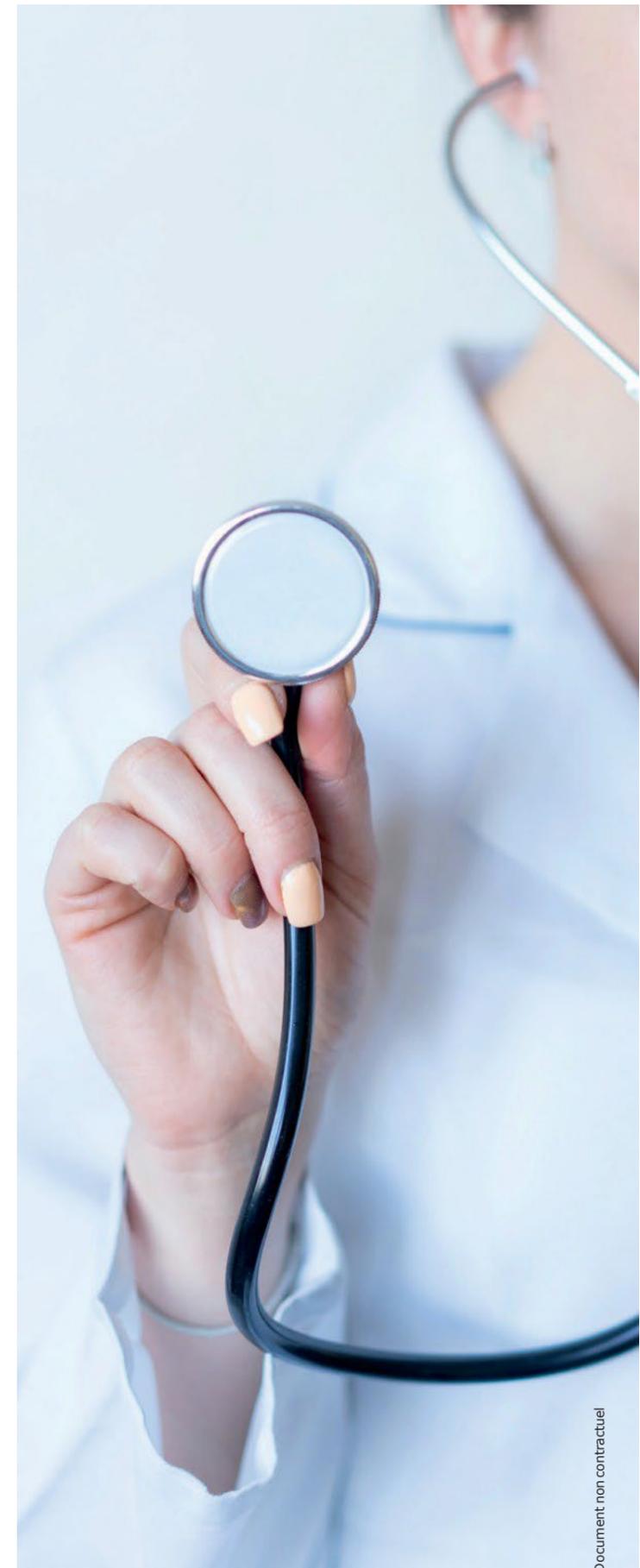
Le salarié percevra 90 % de sa rémunération brute (sous déduction des IJSS) pendant une première période, puis 70 % de cette rémunération (toujours sous déduction des IJSS) pendant une seconde période.

Cette **garantie de rémunération** intervient pendant une durée déterminée en fonction de l'ancienneté du salarié, selon les modalités ci-dessous :

Ancienneté dans l'entreprise	Indemnisation à 90 %	Indemnisation à 70 %
1 à 5 ans inclus**	30 jours	30 jours
6 à 10 ans inclus	40 jours	40 jours
11 à 15 ans inclus	50 jours	50 jours
16 à 20 ans inclus	60 jours	60 jours
21 à 25 ans inclus	70 jours	70 jours
26 à 30 ans inclus	80 jours	80 jours
31 ans et plus	90 jours	90 jours

**À partir de 6 mois d'ancienneté en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Les **délais de carence** (3 jours pour la Sécurité sociale, 7 jours pour la garantie de rémunération) s'appliquent uniquement à la maladie, à l'accident de la vie privée et à l'accident de trajet. En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, l'indemnisation commence au 1^{er} jour de l'arrêt de travail.



LES GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Le régime labellisé	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
Garanties Arrêt de travail	T1 + T2 (en % du salaire de base)	T1 + T2 (en % du salaire de base)	T1 + T2 (en % du salaire de base)
Incapacité de travail			
Franchise			
Ancienneté ≥ 1 an	Relai du maintien de salaire (derniers droits)	Relai du maintien de salaire (derniers droits)	Relai du maintien de salaire (derniers droits)
Ancienneté < 1 an	90 jours continus	90 jours continus	90 jours continus
Prestations (en % du salaire de base, sous déduction des IJSS* brutes)			
Ancienneté ≥ 1 an	70 %	80 %	85 %
Ancienneté < 1 an	70 %	80 %	85 %

* IJSS = Indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Exemple Arrêt de travail – ancienneté ≥ 1 an

Madame B. tombe malade le 12 octobre 2021 ; à cette date, son ancienneté au sein de son entreprise est de 14 mois.

Elle perçoit 2 000 € brut par mois, soit un salaire de référence journalier de 65,75 €.

Son **indemnisation au titre de la Sécurité sociale** débute au 4^e jour d'arrêt, le 15 octobre, et courra jusqu'au terme de l'arrêt (dans une limite de 3 ans).

Les indemnités versées par l'Assurance maladie (IJSS) sont de : $50\% \times 65,75 = 32,88$ € par jour.

Madame B. bénéficie de la **garantie de rémunération** (maintien de salaire conventionnel par l'employeur), qui débute au 8^e jour d'arrêt, le

19 octobre, et dont la durée est fonction de son ancienneté : 1 an = 30 jours + 30 jours.

Son indemnisation conventionnelle par l'employeur est de :

- $(90\% \times 65,75) - 32,88 = 26,30$ € par jour pendant 30 jours ;
- $(70\% \times 65,75) - 32,88 = 13,15$ € par jour pendant 30 jours.

La **garantie Incapacité** du régime labellisé prendra ensuite le relai de la garantie de rémunération. Son niveau dépendra de l'option retenue :

- **Base** : $(70\% \times 65,75) - 32,88 = 13,15$ € par jour
- **Option 1** : $(80\% \times 65,75) - 32,88 = 19,73$ € par jour
- **Option 2** : $(85\% \times 65,75) - 32,88 = 23,01$ € par jour

Indemnisation complémentaire***



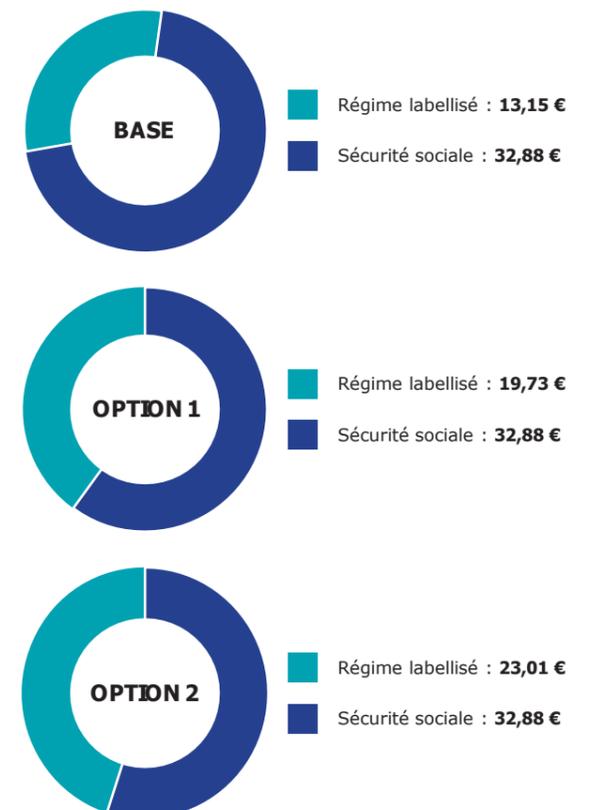
*** Hors accident du travail et maladie professionnelle.

Pièces justificatives à envoyer en cas de demande de prestation Incapacité

- Copie des bulletins de salaire correspondant à la rémunération au cours des 12 derniers mois
- Copie des décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale
- Certificat médical précisant la nature de l'affection, la date de première constatation
- Relevé d'identité bancaire
- Attestation de l'entreprise indiquant le salaire brut et net
- Photocopie de l'avis d'imposition
- D'éventuels justificatifs pouvant être demandés dans des cas plus spécifiques (rechute...)

Exception : arrêt de travail ancienneté < 1 an

Si l'ancienneté du salarié est inférieure à 1 an (6 mois pour un accident du travail ou une maladie professionnelle), il ne bénéficie pas de la garantie de rémunération conventionnelle : c'est alors la **garantie Incapacité** du régime labellisé qui intervient, à la suite d'un période de franchise de 90 jours, et à un niveau qui varie en fonction de l'option retenue (voir ci-contre).





La garantie Maintien de salaire

Il ne faut pas confondre la **garantie de rémunération** (obligation conventionnelle de maintien du salaire par l'employeur) et la **garantie Maintien de salaire**. Cette dernière est une option souscrite par l'employeur et à sa charge exclusive (cotisations : 0,89 % T1 et 1,25 % T2).

En cas de souscription, l'assureur verse les indemnités de maintien de salaire à l'entreprise, qui les reverse au salarié, nettes de charges sociales et fiscales et du montant dû au titre de l'impôt sur le revenu.

Cette option n'entraîne aucun changement du point de vue du salarié. Elle intervient et prend fin en même temps que la garantie de rémunération conventionnelle ; c'est ensuite la garantie Incapacité du régime de prévoyance qui prend le relais.



LES GARANTIES INVALIDITÉ

Intervention du régime de base (Sécurité sociale) en Invalidité

La Sécurité sociale peut reconnaître le salarié en état dit d'**Invalidité**. À noter qu'au-delà de 3 ans maximum dans l'état d'Incapacité, si son état ne lui permet pas de reprendre une activité, il bascule également en Invalidité. Le risque Inva-

lidité est donc un risque lourd et long puisque le salarié est reconnu invalide de manière permanente.

Il existe trois catégories d'Invalidité, répertoriées, ainsi que leurs indemnités par l'Assurance maladie, dans le tableau ci-dessous :

CATÉGORIE	DÉFINITION	INDEMNISATION
1 ^{re} catégorie	Capable d'exercer une activité professionnelle	30 % du salaire brut calculé à partir des 10 meilleures années d'activité
2 ^e catégorie	Absolument incapable d'exercer une activité professionnelle	50 % du salaire brut calculé à partir des 10 meilleures années d'activité
3 ^e catégorie	Incapable d'exercer une activité professionnelle et dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie quotidienne	50 % du salaire brut calculé à partir des 10 meilleures années d'activité + majoration pour la prise en charge de la tierce personne

Le régime labellisé	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
	T1 + T2 (en % du salaire de base)	T1 + T2 (en % du salaire de base)	T1 + T2 (en % du salaire de base)
Invalidité (y compris la pension d'invalidité brute de la Sécurité Sociale)			
1 ^{re} catégorie	42 %	48 %	60 % de la pension 2 ^e catégorie
2 ^e ou 3 ^e catégorie ou Incapacité Permanente Partielle ≥ 66 %	70 %	80 %	100 % du salaire net

Exemple Arrêt de travail – Invalidité

Monsieur M. tombe en invalidité de 2^e catégorie. L'Assurance maladie lui verse une pension égale à 50 % du salaire moyen qu'il a perçu pendant ses 10 meilleures années d'activité, soit $50\% \times 1\,800 = 900\text{€}$.

En complément, le régime labellisé lui versera :

• **Base conventionnelle** : 70 % de sa rémuné-

ration brute, perçue au cours des 12 derniers mois civils précédant l'arrêt de travail, soit $(70\% \times 2\,000) - 900 = 500\text{€}$.

• **Option 1** : 80 % de sa rémunération brute, perçue au cours des 12 derniers mois civils précédant l'arrêt de travail, soit $(80\% \times 2\,000) - 900 = 700\text{€}$.

• **Option 2** : 100 % du salaire net de Monsieur M., soit environ $1\,700 - 900 = 800\text{€}$.

Pièces justificatives à envoyer en cas de demande de prestation invalidité

- Copie des bulletins de salaire correspondant à la rémunération au cours des 12 derniers mois
- Certificat médical précisant la nature de l'affection, la date de première constatation
- Copie de la notification d'attribution de la Sécurité sociale de la pension d'invalidité
- Relevé d'identité bancaire
- Attestation de l'entreprise indiquant le salaire brut et net
- Photocopie de l'avis d'imposition
- D'éventuels justificatifs pouvant être demandés dans des cas plus spécifiques

COMMENT LE SALARIÉ EST-IL INDEMNISÉ ?

Incapacité

Les indemnités journalières sont versées directement à l'employeur lorsque le contrat de travail est suspendu.

C'est ensuite à l'employeur de les reverser au salarié au même titre que son salaire, nettes de charges sociales et fiscales et du montant dû au titre de l'impôt sur le revenu.

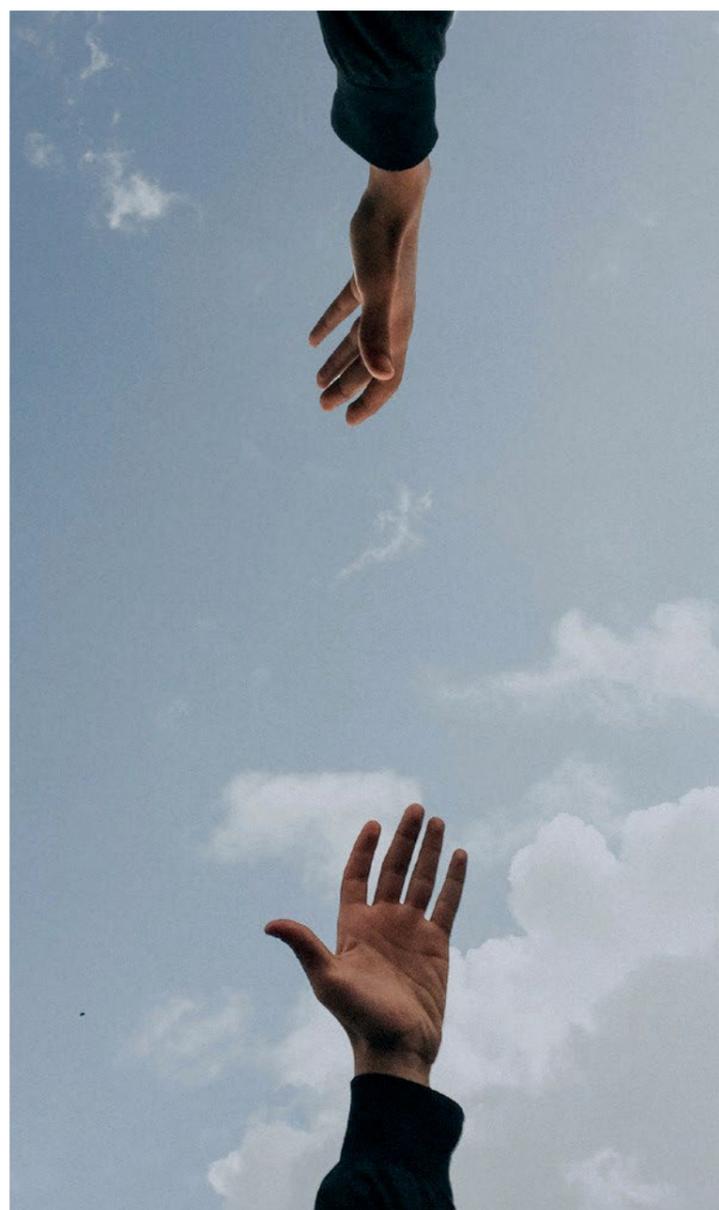
Lorsque le contrat de travail est rompu, les indemnités journalières sont versées directement au salarié, nettes de charges sociales et fiscales et du montant dû au titre de l'impôt sur le revenu.

Invalidité

La rente est payée mensuellement à terme échu, directement à l'assuré, nette de charges sociales et fiscales et du montant dû au titre de l'impôt sur le revenu.

Rente éducation

La rente éducation prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant le décès. Elle est réglée au conjoint/tuteur ou à l'enfant majeur chaque trimestre d'avance.



RÉGIME LABELLISÉ DE SANTÉ

LES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME

Qui bénéficie de ce régime ?

Sous quelles conditions ?

- **Le salarié** : il est l'assuré principal. Son adhésion est **obligatoire**, sauf en cas de dispense (cf. ci-dessous). La dispense se fait à son initiative.
- **Le conjoint(e), à titre facultatif** : s'il est lié au salarié par le mariage, le Pacs ou le concubinage.
- **Les enfants à la charge du salarié, à titre facultatif** (également : s'ils ont moins de 20 ans et qu'ils bénéficient d'un régime de Sécurité sociale (par lui ou son conjoint). S'ils ont entre 20 et 26 ans et qu'ils poursuivent leur études, ou bien s'ils ont un salaire inférieur à 55 % du SMIC, ils ont aussi la possibilité d'adhérer au régime.)

Le conjoint et les enfants qui adhèrent au régime sont appelés « **ayants droit** ».

Combien de temps le salarié est-il couvert ?

L'affiliation débute dès son entrée dans l'entreprise. La date d'affiliation des ayants droit est la même que la sienne, sauf si le choix de leur adhésion est fait plus tard, lors d'un changement de situation familiale. Dans ce cas, ils seront couverts au 1^{er} du mois qui suit la demande.

L'affiliation prend fin à la fin du mois où le contrat de travail s'est terminé, ou bien lorsque l'entreprise change de régime de frais de santé.

Celle des ayants droit du salarié prend fin en même temps que la sienne, ou bien lorsqu'ils ne remplissent plus les conditions pour être bénéficiaires.

Cas de dispense d'affiliation pour les salariés

- Les CDD et apprentis en contrat de moins de 12 mois (sans condition).
- Les CDD et apprentis en contrat de 12 mois et plus (sous réserve de justifier d'une couverture qui offre le même type de garanties).
- Les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S).
- Les salariés à temps partiel et les apprentis dont la cotisation de base représente au moins 10 % du salaire brut.
- Les salariés dont le conjoint a obligation de couvrir ses ayants droit.
- Les salariés déjà couverts par un contrat individuel (jusqu'à échéance de celui-ci).
- Les salariés à emplois multiples déjà couverts dans un autre de leurs emplois.
- Les salariés bénéficiant du régime Alsace-Moselle, sous certaines conditions.

Pièces justificatives à envoyer par le salarié lors de son adhésion

- Le bulletin d'affiliation individuelle transmis par l'employeur au moment de l'embauche
- Un relevé d'identité bancaire
- Son attestation carte Vitale et celles des ayants droit (en cas d'affiliation des ayants droits)
- Un mandat de prélèvement SEPA (en cas d'affiliation facultative)
- D'éventuels justificatifs pouvant être demandés dans des cas plus spécifiques (livret de famille, justificatif de scolarité...)

Dans quels cas le salarié a-t-il droit au maintien des garanties après la cessation de son emploi ?

1° Il peut bénéficier du maintien des garanties si son contrat de travail a pris fin (excepté dans le cas d'une faute lourde) et s'il touche les allocations chômage : il est alors en **portabilité**.

C'est l'entreprise qui fait la demande de portabilité auprès de l'assureur, et le salarié doit fournir à l'assureur les justificatifs qui lui seront demandés.

Ses ayants droit bénéficient également de la portabilité. Celle-ci peut durer jusqu'à 12 mois maximum et prend fin lorsqu'il reprend une activité professionnelle. La partie adhésion obligatoire est gratuite pour le salarié. En revanche, les adhésions facultatives restent à ses frais.

2° Dans certains cas (anciens salariés bénéficiant d'une rente incapacité, invalidité ou retraite, ou d'un revenu de remplacement, ou bien ayants droit de salariés décédés), le salarié peut également bénéficier du maintien des garanties au titre de la « **loi Évin** ». Il a alors le choix entre ses garanties actuelles ou un régime d'accueil avec plusieurs formules.

C'est à lui de faire la demande d'adhésion dans les 6 mois qui suivent la fin de son contrat de travail ou de la période de portabilité (ou le décès pour les ayants droits). Les cotisations seront totalement à ses frais (ou à ceux de ses ayants droit). Dans le cas où c'est lui qui bénéficie du maintien de garanties (hors régime d'accueil), ses ayants droits ne pourront pas en bénéficier.

Qu'est-ce que le contrat responsable ?

On dit qu'un contrat est « responsable » s'il :

- Favorise le respect des parcours de soins.
- Respecte un cahier des charges : garanties minimales, encadrement des remboursements...
- Est solidaire : les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés.

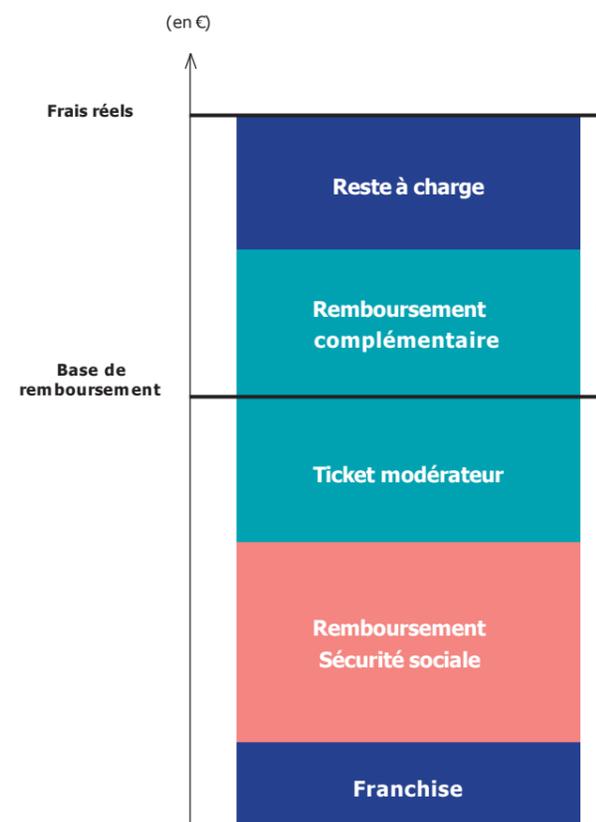
Le régime complémentaire proposé par la branche professionnelle des Commerces de Détails Non Alimentaires est responsable, permettant ainsi son financement dans un cadre fiscal et social très avantageux.

COMMENT FONCTIONNENT LES REMBOURSEMENTS EN SANTÉ ?

À quoi sert la Sécurité sociale ? Et la complémentaire santé ?

La Sécurité sociale offre une couverture de base pour les dépenses de santé des salariés. Mais

elle ne rembourse pas tous les frais engagés. La complémentaire est là pour prendre en charge, à hauteur des garanties, tout ou partie des frais qui ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale.



Qui paie ?

- L'assuré
- La complémentaire santé
- La Sécurité sociale

Remboursement d'une dépense en santé

La Sécurité sociale fixe pour chaque acte de santé :

- **Une base de remboursement (BR)**, qui est un tarif de référence pour les remboursements.
- **Un taux de remboursement**, qui est compris entre 0 % et 100 % et qui sera appliqué à la base de remboursement pour déterminer le remboursement de la Sécurité sociale.

Exemple de remboursement

Pour une consultation à 30 € chez un généraliste (médecin traitant), la base de remboursement est de 26,50 € et le taux de remboursement est de 70 %. Le remboursement de la Sécurité sociale sera alors de : $26,50 \times 70 \% = 18,55 \text{ €}$ (avant franchise - cf. ci-dessous).

Participation forfaitaire :

Certains actes sont soumis à une participation symbolique de l'assuré, dite **franchise médicale** (médicaments, actes paramédicaux, transports sanitaires) ou **participation forfaitaire** (consultations et actes médicaux, radiologie, analyses biologiques). La franchise est déduite des remboursements de la Sécurité sociale.

Dans l'exemple, la franchise est de 2 €. La Sécurité sociale prendra finalement en charge $18,55 - 2 = 16,55 \text{ €}$.

Ticket modérateur :

La différence entre la base de remboursement et ce que rembourse la Sécurité sociale (plus l'éventuelle participation forfaitaire), est appelée **ticket modérateur**. Cette partie est prise en charge par la complémentaire santé responsable.

Dans l'exemple, le ticket modérateur, pris en charge intégralement par la complémentaire santé, s'élève à : $26,50 - 16,55 - 2 = 7,95 \text{ €}$.

Dépassement :

Parfois, les frais d'un acte médical peuvent aller au-delà de la base de remboursement. La partie supérieure à la base de remboursement s'appelle le **dépassement**. Il peut être pris en charge, intégralement ou partiellement, par la complémentaire santé. La partie qui n'est pas prise en charge s'appelle le **reste à charge** et elle est aux frais de l'assuré.

Dans l'exemple, le dépassement, pouvant éventuellement être pris en charge par la complémentaire santé, est de : $30 - 16,55 - 2 - 7,95 = 3,50 \text{ €}$.

COMMENT LIMITER LE RESTE À CHARGE ?

Respecter le parcours de soins

Si ce n'est pas déjà fait, le salarié doit déclarer un médecin traitant à la caisse d'assurance maladie. C'est ce médecin qu'il devra aller voir en priorité, et qui va, en cas de besoin, l'orienter vers d'autres professionnels de santé. S'il ne respecte pas le parcours de soins, ses remboursements Sécurité sociale et complémentaires seront moins avantageux.

Veiller au secteur de conventionnement dont relève son médecin

Il existe différents secteurs de conventionnement, qui n'ont pas les mêmes règles au niveau des remboursements. Ils sont détaillés dans le tableau ci-dessous.

Pour limiter le reste à charge, il est préférable de privilégier les professionnels de santé conventionnés du **Secteur 1** ou du **Secteur 2-DPTM**.

Conventionné Secteur 1

Il n'y a pas de dépassement (sauf cas exceptionnel). Les soins sont toujours bien remboursés.

Conventionné Secteur 2 DPTM

Les tarifs appliqués peuvent avoir des dépassements encadrés dans le cadre du DPTM.

Conventionné Secteur 2 Hors DPTM

Les dépassements sont moins encadrés que pour les professionnels qui adhèrent au DPTM.

Non conventionné

Les tarifs sont totalement libres et les remboursements sont très limités.

Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM)

C'est un dispositif réglementaire visant à limiter les dépassements d'honoraires pour les professionnels de santé ayant souscrit à l'**OPTAM** (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou **OPTAM-CO** (pour les spécialistes en chirurgie et en obstétrique) et qui favorise l'accès aux soins. Le salarié aura une meilleure prise en charge des soins pratiqués par ces praticiens dans le cadre de son contrat.

Il est possible de voir sur ameli-direct.fr si les professionnels de santé que le salarié souhaite consulter sont signataires de l'**OPTAM/OPTAM-CO**.

Le dispositif 100 % Santé

Il a été mis en place en dentaire, en optique et en audiologie. Le **100 % Santé** assure un reste à charge nul et **une prise en charge intégrale des remboursements** par la Sécurité sociale et la complémentaire santé si le salarié consomme des équipements dans ce panier.

DENTAIRE

SOINS PROTHÉTIQUES

L'appartenance d'une prothèse à un panier dépend du type de prothèse, du matériau et de la localisation de la dent.

Panier 100 % Santé

- Tarifs plafonnés
- Reste à charge nul

Panier maîtrisé

- Tarifs plafonnés (plafonds plus élevés que pour le panier 100 % Santé)
- Remboursements en fonction des garanties avec un reste à charge limité

Panier libre

- Tarifs libres
- Remboursements en fonction des garanties

OPTIQUE

VERRES ET MONTURES

Le salarié a la possibilité de choisir des paniers différents pour ses verres et sa monture. Par exemple, il peut opter pour des verres du panier 100 % Santé et une monture panier libre.

Panier 100 % Santé

- Tarifs plafonnés
- Reste à charge nul
- Choix des équipements parmi certains verres et montures

Panier libre

- Tarifs libres
- Remboursements en fonction des garanties
- Choix illimité des verres et montures

AUDIOLOGIE

AIDES AUDITIVES

Panier 100 % Santé

- Tarifs plafonnés
- Reste à charge nul
- Choix de certaines options
- Équipements de plusieurs types

Panier libre

- Tarifs libres
- Remboursements en fonction des garanties
- Choix d'options plus large
- Équipements de gamme supérieure

Les actes de prévention de la Sécurité sociale

La Sécurité sociale prend en charge certains actes de prévention et de dépistage, comme par exemple les dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal à partir de 50 ans, les examens bucco-dentaires pour les enfants tous les 3 ans, la contraception d'urgence pour les mineurs... La liste des actes pris en charge est disponible sur le site ameli.fr, dans la rubrique « **Prévention et dépistages** ».



LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE COUVERTURE ET LEURS TARIFS

Les niveaux de couverture

Le régime labellisé mis en place propose **3 niveaux différents de couverture**. Le niveau de couverture minimum est défini par l'entreprise. S'il s'agit du niveau **Base**, le salarié peut alors adhérer à l'option 1 ou 2 de manière facultative. Si c'est la **Base + Option 1**, il peut alors adhérer à l'option 2 de manière facultative. Si c'est la **Base + Option 2**, il ne peut pas choisir d'option facultative. Le niveau de couverture de ses ayants droit sera le même que le sien.

Résiliation des options

Le salarié peut résilier son option facultative par lettre recommandée, par déclaration au siège social, ou bien sur tout support durable (papier, mail...) :

- Lorsqu'il en fait la demande, après une durée de 2 ans minimum d'affiliation (réduite à 1 an

si c'est sa 1^{re} année d'affiliation) au régime auquel il est affilié actuellement. Le changement s'effectuera de la même manière que pour l'affiliation.

- En cas de modification de garanties. La résiliation aura alors lieu lors du changement de garanties.

Les cotisations mensuelles

Les cotisations sont détaillées dans le tableau ci-dessous. Elles sont exprimées en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS). En 2024, le montant du PMSS est de 3 864 €.

Elles dépendent du nombre d'ayants droit affiliés au régime complémentaire, ainsi que des options choisies. Le salarié paiera une cotisation pour lui-même et chacun de ses ayants droit. La cotisation enfant est gratuite à partir du 3^e enfant.

Adhésion aux options facultatives

Le salarié peut adhérer aux options facultatives :

- En même temps que son affiliation au régime imposé par son entreprise, ou lors d'un changement de situation familiale.
- Lorsqu'il en fait la demande, après 2 ans minimum d'affiliation au régime auquel il est affilié actuellement. Dans ce cas, le changement aura lieu au 1^{er} janvier de l'année qui suit la demande. Celle-ci doit être faite avant le 31 octobre.

	SALARIE		CONJOINT FACULTATIF		ENFANT FACULTATIF		
	Régime général	Régime Alsace Moselle	Régime général	Régime Alsace Moselle	Régime général	Régime Alsace Moselle	
Base obligatoire Options 1 et 2 facultatives	Base	1,08 %	0,63 %	1,18 %	0,63 %	0,67 %	0,40 %
	Option 1	+ 0,68 %		+ 0,76 %		+ 0,38 %	
	Option 2	+ 1,19 %		+ 1,32 %		+ 0,68 %	
Base + Option 1 obligatoire Option 2 facultative	Base + Option 1	1,70 %	1,25 %	1,85 %	1,30 %	1,01 %	0,74 %
	Option 2	+ 0,51 %		+ 0,56 %		+ 0,30 %	
Base + Option 2 obligatoire	Base + Option 2	2,16 %	1,71 %	2,35 %	1,80 %	1,29 %	1,02 %

Focus salarié seul avec niveau de couverture obligatoire (régime général)

- **Base** : 1,08 % PMSS → **41,73 €** / mois
- **Base + Option 1** : 1,70 % PMSS → **65,68 €** / mois
- **Base + Option 2** : 2,16 % PMSS → **83,46 €** / mois

L'employeur finance à minima 50 % du montant de la cotisation obligatoire. Les cotisations des ayants droit et celles des options facultatives choisies par le salarié sont intégralement à sa charge.

Exemples

Madame S. fait partie d'une entreprise dont le niveau de couverture minimum est Base + Option 1. Sa cotisation mensuelle obligatoire est de **65,68 €**. Son employeur finance 50 % de sa cotisation, soit $50\% \times 65,68 = 32,84 €$.

Sa part de cotisation est de $65,68 - 32,84 = 32,84 €$.

Elle décide d'adhérer également à l'Option 2. Elle paiera alors $0,51\% \times 3\,864 = 19,71 €$ en plus. Elle souhaite aussi faire adhérer ses 2 enfants. Cela lui coûtera $2 \times (1,01\% + 0,30\%) \times 3\,864 = 101,23 €$ en plus.

Madame S. paiera au total $32,84 + 19,71 + 101,23 = 153,78 €$.

LES GARANTIES SANTÉ

Les différents libellés de garanties

Les remboursements proposés par les garanties sont exprimés de plusieurs manières :

- **En €** : forfait en euros par année civile.
- **En % PMSS** : pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 864 € en 2024).
- **En % BR** : pourcentage de la base de remboursement, qui dépend de l'acte.
- **En % FR** : pourcentage du coût de l'acte médical.

Les remboursements énoncés dans la grille de garanties ci-dessous sont exprimés dans la limite des frais réels et y compris les remboursements de la Sécurité sociale ; c'est-à-dire qu'ils incluent le remboursement de la Sécurité sociale et que le salarié ne peut pas être remboursé plus que le montant qu'il a dépensé.

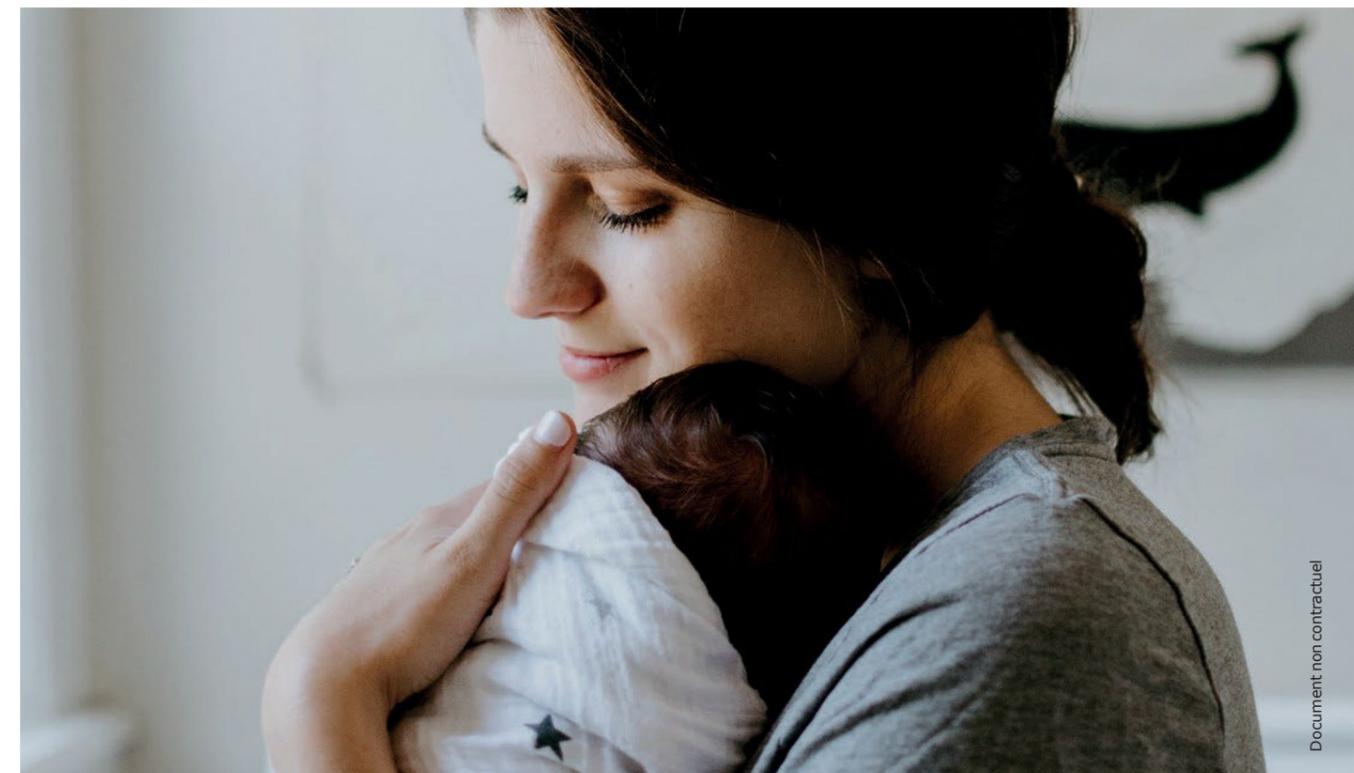
Les garanties	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
SOINS COURANTS			
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR		
Honoraires médicaux			
Consultations, visites et téléconsultations généralistes			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO	130 % BR	140 % BR	150 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO	110 % BR	120 % BR	130 % BR
Praticiens non conventionnés	100 % BR		
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO	140 % BR	200 % BR	300 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO	120 % BR	180 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés	100 % BR		
Actes techniques médicaux			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO	140 % BR	150 % BR	160 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO	120 % BR	130 % BR	140 % BR
Praticiens non conventionnés	100 % BR		
Actes d'imagerie et d'échographie			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	120 % BR	140 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	120 % BR
Praticiens non conventionnés	100 % BR		

Honoraires paramédicaux			
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures- podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	100 % BR		
Psychologues pris en charge par la SS	100 % BR		
Médicaments			
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR		
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR		
Pharmacie remboursée à 15 %	Néant	néant	100 % BR
Autres soins courants			
Frais de transport	100 % BR		
Participation forfaitaire aux actes lourds (limité au forfait réglementaire en vigueur)	100 % FR		
Matériel médical			
Grand appareillage pris en charge par la SS – exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Petit appareillage pris en charge par la SS – exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	300 % BR	400 % BR	500 % BR
HOSPITALISATION			
Honoraires y compris maternité			
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO	140 % BR	200 % BR	300 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO	120 % BR	180 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés	100 % BR		
Forfait journalier hospitalier			
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement (limité au forfait réglementaire en vigueur)	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation			
Frais de séjour en établissement conventionné	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR		
Frais de transport (limité au forfait réglementaire en vigueur)	100 % FR		
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR		
Forfait Patient Urgences (facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation)	100 % FR		
Chambre particulière y compris maternité	1 % PMSS/J	2,5 % PMSS/J	4 % PMSS/J
Lit d'accompagnement – maxi 15 jours/an	1 % PMSS/J	2 % PMSS/J	2 % PMSS/J

Les garanties		Base	Base + Option 1	Base + Option 2
OPTIQUE (deux classes d'équipements, 1équipement = 2 verres + 1monture)				
Équipements 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement				
Verres et monture de CLASSE A	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé			
Autres équipements (Verres et monture de CLASSE B , y compris suppléments optiques – exemple : prisme, appairage)				
Monture	100 €			
Forfait Verre à simple foyer (verre unifocal), par verre	60 % BR + 60 €	60 % BR + 100 €	160 €	
Forfait Verre complexe (verre unifocal à forte correction, verre progressif ou multifocal), par verre	60 % BR + 145 €	60 % BR + 200 €	300 €	
Forfait Verre très complexe (verre multifocal et progressif à forte correction), par verre	60 % BR + 160 €	60 % BR + 275 €	350 €	
Frais adaptation	100 % BR			
Autres dispositifs de correction optique				
Lentilles prises en charge par la SS	100 % BR + 100 €/A/B	100 % BR + 150 €/A/B	100 % BR + 200 €/A/B	
Chirurgie réfractive	300 €/A/B	600 €/A/B	1 000 €/A/B	
DENTAIRE (trois paniers de soins pour les soins et prothèses)				
Soins et prothèses 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement				
Panier 100 % SANTÉ	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé			
Soins				
Soins du panier modéré (dans la limite du HLF et du panier libre)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Inlay-onlays du panier modéré (dans la limite du HLF et du panier libre)	120 % BR	120 % BR	200 % BR	
Prothèses				
Prothèses fixes ou appareils dentaires pris en charge par la SS du panier modéré (dans la limite au HLF et du panier libre)	185 % BR	330 % BR	400 % BR	
Inlay-Core du panier modéré (dans la limite du HLF et du panier libre)	185 % BR	330 % BR	400 % BR	
Prothèses non prises en charge par la SS	200 €/A/B	325 €/A/B	400 €/A/B	
Autres dispositifs dentaires				
Orthodontie prise en charge par la SS	140 % BR	275 % BR	350 % BR	
Orthodontie non prise en charge par la SS	200 €/A/B	400 €/A/B	500 €/A/B	
Parodontologie non prise en charge par la SS	55 €/A/B	110 €/A/B	150 €/A/B	
Forfait Implantologie	165 €/A/B	330 €/A/B	400 €/A/B	

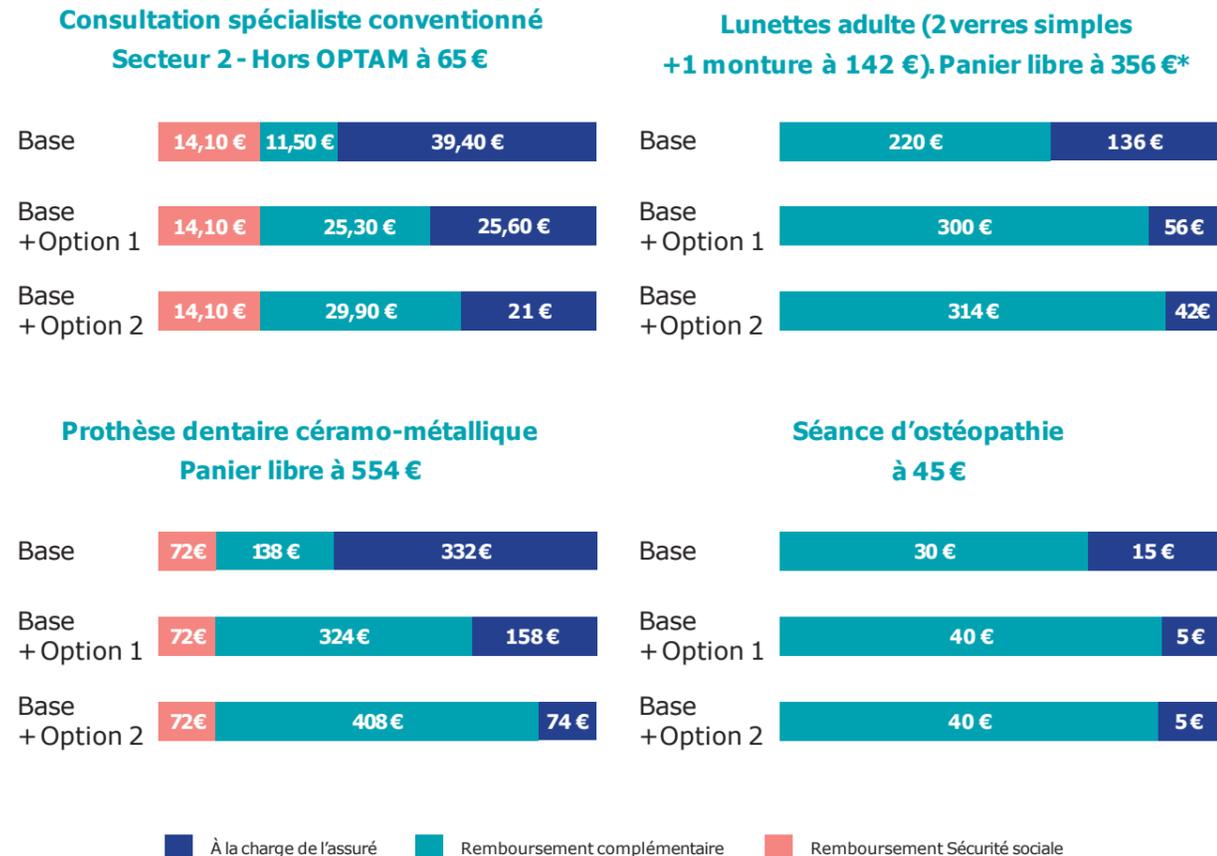
AIDES AUDITIVES (deux classes d'équipements)			
Équipement 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement			
Équipement de CLASSE I	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé		
Autres équipements			
Équipement de CLASSE II (Appareil auditif/oreille)	550 €/oreille	850 €/oreille	1 000 €/oreille
Autres dispositifs auditifs			
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	100 % BR		
MATERNITÉ/CONTRACEPTION			
Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	néant	200 €/enfant	300 €/enfant
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS	100 €/A/B	100 €/A/B	150 €/A/B
PRÉVENTION			
Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue	30 €/séance Maximum 2 séances/ A/B	40 €/séance Maximum 3 séances/ A/B	40 €/séance Maximum 4 séances/ A/B

A : an | B : bénéficiaire | J : jour | HFL : honoraires limites de facturation | SS : Sécurité sociale



EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Quatre exemples de remboursements sont proposés ci-dessous pour chaque niveau de couverture : Base, Base + Option 1 et Base + Option 2.



* Les remboursements Sécurité sociale n'apparaissent pas sur le graphique car leur montant est trop faible (moins de 0,10 € au total pour verres et montures).

COMMENT LE SALARIÉ EST-IL REMBOURSÉ ?

Le tiers payant

Le tiers payant permet la **dispense d'avance des frais** auprès des professionnels de santé. Le salarié n'a donc pas besoin d'avancer les frais couverts par la complémentaire santé.

Une **carte de tiers payant** lui est remise lors de son affiliation, puis chaque année ensuite, pour lui et ses ayants droit. Il peut également la retrouver sur son espace personnel.

Cette carte indique les actes pour lesquels le tiers payant s'applique. Le salarié devra alors

la présenter au moment de payer pour ne pas avoir à avancer les frais. S'il ne présente pas sa carte de tiers payant, il lui faudra envoyer un justificatif de paiement à sa complémentaire.

La télétransmission NOEMIE

La télétransmission NOEMIE permet **l'échange d'informations** entre l'Assurance maladie et la complémentaire santé. Les remboursements seront alors effectués automatiquement par virement sur le compte bancaire du salarié.

La télétransmission est **activée automatiquement** pour le salarié et ses ayants droit, sauf s'il bénéficie d'un régime spécifique.

La télétransmission n'est pas activée non plus pour son conjoint s'il bénéficie déjà de la télétransmission dans le cadre d'un autre contrat auprès de son employeur.

Attention !

Le salarié doit vérifier sur l'espace personnel que la télétransmission est bien active. Dans le cas contraire, le salarié devra envoyer certains justificatifs à sa complémentaire santé pour l'activer.

L'envoi de justificatifs

Parfois, certains actes nécessitent l'envoi de justificatifs supplémentaires avant le remboursement, par exemple :

- les soins dentaires,
- l'orthodontie,
- les lunettes et les lentilles en cas de modification de la vue,
- les actes non remboursés par la Sécurité sociale (médecine alternative, implants...),
- certains actes d'hospitalisation,
- l'allocation maternité...

Les justificatifs peuvent être déposés sur l'espace personnel du salarié. Il peut s'agir de factures, d'ordonnances, d'actes de naissance...

AUTRES AVANTAGES DU DISPOSITIF

En plus des garanties de prévoyance et de frais de santé, d'autres **services** sont mis en place par les assureurs.

Fonds de prévention et de solidarité

Les régimes (Prévoyance et Santé) prévoient des fonds « degré élevé de solidarité » (DES), dédiés au financement de prestations non contributives de prévention et de solidarité décidées par les partenaires sociaux. Ces fonds sont destinés aux salariés des entreprises ayant souscrit un contrat auprès d'un assureur labellisé par la branche.

Fonds d'action sociale et autres services

Chaque assureur possède un fonds d'action sociale. Ce fonds est dédié à tous les assurés et propose aides financières et accompagnement à ceux qui en ont le plus besoin. Tout salarié peut faire une demande d'action sociale en contactant son assureur.

Les assureurs proposent également d'autres services et aides pour le quotidien, disponibles directement sur les espaces personnels de l'entreprise et du salarié.



Contacts

04 72 27 72 72

Espace personnel

<https://www.apicil.com/espace-entreprise/>
<https://www.apicil.com/espace-particulier/>

Réclamations

GROUPE APICIL
Direction Services clients –
Équipe Réclamations
38, rue François Peissel
69 300 CALUIRE-ET-CUIRE

Institution de prévoyance
régie par le titre III
du Livre IX du Code de
la Sécurité sociale située
au 38, rue François Peissel
– 69300 Caluire-et-Cuire

Contacts

09 72 72 1143

Espace personnel

<https://entreprises.klesia.fr/>
<https://particuliers.klesia.fr/>

Réclamations

KLESIA
Service Réclamation
CS 30027
93108 MONTREUIL Cedex

Institution de prévoyance
régie par le titre III
du Livre IX du Code de
la Sécurité sociale située
au 4, rue Georges
Picquart – 75017 Paris

Contacts

08 09 54 00 44

Espace personnel

<https://entreprise.malakoffhumanis.com/>
<https://particulier.malakoffhumanis.com/>

Réclamations

MALAKOFF HUMANIS
Réclamations Particuliers
Assurance
78288 GUYANCOURT Cedex

Institution de prévoyance
régie par le titre III
du Livre IX du Code
de la Sécurité sociale
située au 21, rue Laffitte –
75009 Paris