

IPECA

UNE VIE À VOUS PROTÉGER

PERFORMANCE 1, 2 et 3

LES GARANTIES MODULABLES QUI PRENNENT
SOIN DE VOTRE SANTÉ... ET QUI RÉPONDENT
LE MIEUX À VOS BESOINS

Mise à jour au 1^{er} janvier 2021



CONSTRUISEZ VOUS-MÊME VOTRE PROTECTION SANTÉ AVEC LA GAMME PERFORMANCE

Vous pouvez composer librement votre couverture. Commencez par choisir parmi trois niveaux de garanties. Puis, selon vos besoins de santé, ajoutez un ou plusieurs modules de renfort afin d'augmenter vos prestations sur les dépenses les plus coûteuses et souvent mal remboursées.

ZOOM SUR LE 100 % SANTÉ

>> Qu'est-ce que la réforme du « 100 % santé » ?

La réforme « **100 % Santé** » a pour objectif de lutter contre le renoncement aux soins du fait de restes à charge élevés. L'objectif affiché par le gouvernement est de donner à toutes les personnes disposant d'une complémentaire santé « responsable » un accès à des soins de qualité, pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie Obligatoire et la complémentaire santé, **dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire**. Cependant, vous êtes libre de choisir des équipements hors 100 % Santé. Dans ce cas, rien ne change pour vous : vous êtes remboursé dans la limite de votre contrat santé.



QU'EST-CE QU'UN PANIER DE SOINS ?

Un panier de soins est une liste d'équipements et de prestations correspondant à un niveau de prise en charge. La réforme propose 3 niveaux de prise en charge répartis en trois paniers :

- Le panier **100 % Santé**, sans reste à charge ;
- Le panier à tarif maîtrisé soumis à des honoraires limités de facturation ;
- Le panier à tarif libre sans plafonnement de tarif.



QU'EST-CE QUE LE RESTE À CHARGE ?

Le reste à charge représente la différence entre ce qu'une personne paie au professionnel de santé et ce que lui rembourse l'Assurance Maladie Obligatoire et la complémentaire santé.

Avec le **100 % Santé**, ce reste à charge est de **0 €** pour les équipements relevant des paniers correspondants.



OPTIQUE (Depuis le 1^{er} janvier 2020)

Il vous est proposé : le Panier 100 % Santé et le panier à tarif libre

LE PANIER 100 % SANTÉ est composé de 34 montures pour les adultes (20 montures pour les enfants) répertoriées sous le terme de **Classe A**. Ce panier s'applique à toutes les corrections et comprend un ensemble de traitement de verres (anti-rayures, anti-UV, anti-reflets, amincissement). Quel que soit le panier sélectionné, une limitation à une monture tous les deux ans s'applique (sauf cas particuliers : enfants, évolution de la vue, acquisition d'une paire pour la vision de loin et d'une pour la vision de près).

LE PANIER À TARIF LIBRE, quant à lui, présente un possible reste à charge en fonction de votre complémentaire santé. Répertorié sous le terme de **Classe B**, l'équipement de ce panier présente un plus large éventail de choix de verres et montures.



EXEMPLE POUR MIEUX COMPRENDRE :

Madame B. de Bordeaux a besoin de changer de paire de lunettes car sa vue a évolué. Son opticien lui propose un devis, relevant du panier 100 % Santé, pour une monture et des verres à sa vue à 95 €. En choisissant une monture et des verres de la classe A, Madame B. sera intégralement remboursée pour ses frais.



DENTAIRE (mise en place progressive entre 2020 et 2021)

Il vous est proposé : le panier 100 % Santé, le panier à tarif maîtrisé et le panier à tarif libre

LE PANIER 100 % SANTÉ concerne exclusivement les prothèses dentaires et se découpe en trois paniers :

- **Le panier 100 % Santé**, sans reste à charge, encadré par des critères précis (position de la dent, type de matériaux) ;
- **Le panier à tarif maîtrisé** avec un prix plafonné, présentant un possible reste à charge ;
- **Le panier à tarif libre** dont le reste à charge dépend du type de prothèses dentaires sélectionné et du montant des garanties de la complémentaire santé.



EXEMPLE POUR MIEUX COMPRENDRE :

Madame L. de Paris doit se faire poser une prothèse dentaire. Son dentiste lui propose un devis, relevant du panier à tarif libre, de 650 € dont un reste à charge de 186 €, avec sa garantie Performance. Cependant, si elle décide de prendre le panier de soins 100 % Santé, elle sera intégralement remboursée pour ses frais*.

**En fonction de la position de la dent, le panier 100 % Santé n'intégrera pas tous les matériaux.*



AUDIOLOGIE (à partir de 2021)

Il vous est proposé : le panier 100 % santé et le panier à tarif libre

LE PANIER 100 % SANTÉ offre une sélection d'équipements de qualité tant par leur esthétique que par leurs performances techniques dont le prix est encadré par la loi. Différentes garanties seront disponibles comme le choix entre des modèles placés dans ou derrière l'oreille, les 12 canaux de réglage, une amplification sonore d'au moins 30 décibels et plusieurs options de confort (acouphène, bruit du vent, connexion sans fil...).

LE PANIER À TARIF LIBRE, quant à lui, présente un possible reste à charge diminué grâce à un meilleur remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire avec un remboursement maximal de 1 700 € par aide auditive.



EXEMPLE POUR MIEUX COMPRENDRE :

Monsieur R. de Toulouse se rend chez l'audioprothésiste qui lui annonce la nécessité de porter une audioprothèse intra-auriculaire. Avec sa garantie Performance, Monsieur R. aura un reste à charge de 900 € sur une prothèse à 2 000 €. Néanmoins, si Monsieur R. décide de prendre le panier de soins 100 % Santé, il sera intégralement remboursé pour ses frais.

TABLEAU DES GARANTIES PERFORMANCE 1

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.

Cette formule 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;
- vous souhaitez contrôler votre budget santé;
- vous consultez des médecins pratiquant pas ou peu de dépassements d'honoraires.

AIDES AUDITIVES

■ ÉQUIPEMENT PANIER 100 % SANTÉ* (SANS RESTE À CHARGE)

Classe I : équipement sans reste à charge, soumis à un prix limite de vente dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans.
*à partir de 2021

• AIDES AUDITIVES

- ◊ Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans

100 % des frais réels par oreille

- ◊ Bénéficiaire âgé jusqu'à 20 ans

100 % des frais réels par oreille

■ ÉQUIPEMENT PANIER À TARIF LIBRE (HORS 100 % SANTÉ)

Classe II : équipement à tarif libre avec possible reste à charge dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans. Prestation incluant le remboursement de la Sécurité sociale et le ticket modérateur.

• AIDES AUDITIVES

- ◊ Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans

550 € / oreille

- ◊ Bénéficiaire âgé jusqu'à 20 ans et bénéficiaires souffrant de cécité

1 400 € / oreille

DENTAIRE

■ SOINS

100 % de la BR

■ PROTHÈSES PANIER 100 % SANTÉ (SANS RESTE À CHARGE)

100 % des frais réels

dans la limite des honoraires limites de facturation fixés

■ PROTHÈSES HORS 100 % SANTÉ

- **PROTHÈSES PANIER À TARIF MAÎTRISÉ** dont inlays-onlays

Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des honoraires limites de facturation fixée

- ◊ Prothèses fixes : **120 €** / dent

- ◊ Prothèses amovibles : **300 €** / appareil et au minimum le ticket modérateur

- ◊ Autres prothèses remboursées : **30 %** de la BR

- **PROTHÈSES PANIER À TARIF LIBRE** dont inlays-onlays

Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale

- ◊ Prothèses fixes : **120 €** / dent

- ◊ Prothèses amovibles : **300 €** / appareil et au minimum le ticket modérateur

- ◊ Autres prothèses remboursées : **30 %** de la BR

■ PROTHÈSES NON REMBOURSÉES

PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

- ◊ Prothèses fixes : **120 €** / dent

- ◊ Prothèses amovibles : **300 €** / appareil

■ PLAFOND ANNUEL PAR BÉNÉFICIAIRE POUR LES PROTHÈSES DENTAIRES

Panier libre et maîtrisé uniquement.

1 000 € au-delà, remboursement à hauteur du Ticket modérateur

■ ORTHODONTIE

- **REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE**

150 % de la BR

- **NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE**

300 € / semestre

SOINS COURANTS

■ HONORAIRES MÉDICAUX

Signataires ou non d'une Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

- **CONSULTATIONS - VISITES GÉNÉRALISTES**

100 % de la BR

- **CONSULTATIONS - VISITES SPÉCIALISTES**

100 % de la BR

- **ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX**

100 % de la BR

- **RADIOLOGIE, ÉCHOGRAPHIE ET IMAGERIE MÉDICALE**

100 % de la BR

- **SAGE FEMME**

100 % de la BR

■ HONORAIRES PARAMÉDICAUX

100 % de la BR

■ ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

100 % de la BR

■ MÉDICAMENTS remboursés par la Sécurité sociale

100 % de la BR

■ MATÉRIEL MÉDICAL

100 % de la BR

HOSPITALISATION

■ HONORAIRES

Signataires ou non d'une Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **150 %** de la BR

- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **130 %** de la BR

■ FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

100 % des frais réels illimités dans le temps

■ FRAIS ANNEXES

150 % de la BR

■ FRAIS DE SÉJOUR

- **ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ**

100 % de la BR

- **ÉTABLISSEMENT NON CONVENTIONNÉ**

100 % de la BR dans la limite de **10 000 €** / an

et au minimum le Ticket modérateur

■ CHAMBRE PARTICULIÈRE

Établissement conventionné ou non **40 €** / jour

■ FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT

Bénéficiaire âgé de moins de 12 ans ou plus de 65 ans

Établissement conventionné ou non **20 €** / jour

■ TRANSPORT

Remboursé par la Sécurité sociale **100 %** de la BR

SÉJOURS EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

■ FRAIS DE SÉJOUR

- **ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ**

100 % de la BR

- **ÉTABLISSEMENT NON CONVENTIONNÉ**

100 % de la BR dans la limite de **10 000 €** / an

et au minimum le Ticket modérateur

■ FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

100 % des frais réels illimités dans le temps

TABLEAU DES GARANTIES PERFORMANCE 1

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.

OPTIQUE

Les prestations incluent le remboursement de la Sécurité sociale et le ticket modérateur.

Limite de prise en charge ⁽¹⁾ :

- ◇ à partir de 16 ans : 1 équipement tous les 2 ans réduit à 1 an en cas d'évolution de la vue
- ◇ de 6 à 16 ans : 1 équipement / an
- ◇ moins de 6 ans : 1 équipement / an réduit à 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage

■ ÉQUIPEMENT PANIER 100 % SANTÉ (SANS RESTE À CHARGE)

Classe A : équipement sans reste à charge, soumis à un prix limite de vente

• VERRES ⁽²⁾

100 % des frais réels

• MONTURE

100 % des frais réels

• SUPPLÉMENTS (Verres et montures à coques)

100 % des frais réels

• APPAIRAGE

100 % des frais réels

• ADAPTATION

100 % des frais réels

■ ÉQUIPEMENT PANIER À TARIF LIBRE (HORS 100 % SANTÉ)

Classe B : équipement à tarif libre, avec un possible reste à charge

• VERRES ⁽²⁾

◇ Simples : 45 € / verre

◇ Complexes : 100 € / verre

◇ Hyper Complexes : 120 € / verre

• MONTURE

40 €

La part du forfait non consommée peut être reportée sur la prise en charge des verres

• SUPPLÉMENTS (Verres et montures à coques)

100 % de la BR

• ADAPTATION

100 % de la BR

■ LENTILLES

Remboursées par la Sécurité sociale.

Les garanties s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale

30 € / œil / an

■ LENTILLES

Non remboursées par la Sécurité sociale

45 € / œil / an

AUTRES PRESTATIONS REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

■ CURE THERMALE

Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale
200 € / cure

AUTRES PRESTATIONS NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

■ CURE THERMALE

200 € / cure

■ PRIME DE NAISSANCE

200 €

■ VACCIN ANTI-GRIPPE

100 % des frais réels

■ ASSISTANCE

OUI

Légende :

(1)

Cas particulier des Participants présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin :

Pour les participants ne pouvant ou ne voulant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le contrat frais de santé couvre la prise en charge de deux équipements, l'un corrigeant la vision de près, l'autre la vision de loin, sur une période de deux ans.

(2) VERRES

Verres simples : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes : verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres hyper complexes : verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

BR : la base de remboursement correspond au tarif de référence de la Sécurité sociale.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2021 : 3 428 €

TABLEAU DES GARANTIES PERFORMANCE 2

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.

Cette formule est une garantie intermédiaire pour un budget santé au plus juste. Elle est faite pour vous si :

- vous consultez régulièrement des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires;
- vous souhaitez disposer de garanties optiques renforcées;
- vous souhaitez vous prémunir en cas d'hospitalisation chirurgicale;
- vous n'avez pas de besoins dentaires particuliers (hors soins).

SOINS COURANTS

■ HONORAIRES MÉDICAUX

Signataires ou non d'une Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

• CONSULTATIONS - VISITES GÉNÉRALISTES

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **140 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **120 %** de la BR

• CONSULTATIONS - VISITES SPÉCIALISTES

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **150 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **130 %** de la BR

• ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **150 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **130 %** de la BR

• RADIOLOGIE, ÉCHOGRAPHIE ET IMAGERIE MÉDICALE

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **150 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **130 %** de la BR

• SAGE FEMME **100 %** de la BR

■ HONORAIRES PARAMÉDICAUX

100 % de la BR

■ ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

100 % de la BR

■ MÉDICAMENTS remboursés par la Sécurité sociale

100 % de la BR

■ MATÉRIEL MÉDICAL

210 % de la BR

AIDES AUDITIVES

■ ÉQUIPEMENT PANIER **100 % SANTÉ *** (SANS RESTE À CHARGE)

Classe I : équipement sans reste à charge, soumis à un prix limite de vente dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans.

* à partir de 2021

• AIDES AUDITIVES

- ◊ Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans
100 % des frais réels par oreille
- ◊ Bénéficiaire âgé jusqu'à 20 ans
100 % des frais réels par oreille

■ ÉQUIPEMENT PANIER À TARIF LIBRE (HORS 100 % SANTÉ)

Classe II : équipement à tarif libre avec possible reste à charge dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans. Prestation incluant le remboursement de la Sécurité sociale et le ticket modérateur.

• AIDES AUDITIVES

- ◊ Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans
700 € / oreille
- ◊ Bénéficiaire âgé jusqu'à 20 ans et bénéficiaires souffrant de cécité
1 400 € / oreille

HOSPITALISATION

■ HONORAIRES

Signataires ou non d'une Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **200 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **180 %** de la BR

■ FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

100 % des frais réels illimités dans le temps

■ FRAIS ANNEXES

200 % de la BR

■ FRAIS DE SÉJOUR

• ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ

100 % de la BR

• ÉTABLISSEMENT NON CONVENTIONNÉ

100 % de la BR dans la limite de **10 000 €** / an et au minimum le Ticket modérateur

■ CHAMBRE PARTICULIÈRE

Établissement conventionné ou non **50 €** / jour

■ FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT

Bénéficiaire âgé de moins de 12 ans ou plus de 65 ans
Établissement conventionné ou non **25 €** / jour

■ TRANSPORT

Remboursé par la Sécurité sociale **100 %** de la BR

DENTAIRE

■ SOINS **100 %** de la BR

■ PROTHÈSES PANIER **100 % SANTÉ (SANS RESTE À CHARGE)**

100 % des frais réels

dans la limite des honoraires limites de facturation fixés

■ PROTHÈSES HORS **100 % SANTÉ**

• PROTHÈSES PANIER À TARIF MAÎTRISÉ

dont inlays-onlays
Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des honoraires limites de facturation fixée

◊ Prothèses fixes :

240 € / dent pour les incisives, canines et 1^{ères} prémolaires,

120 € / dent pour les 2^{èmes} prémolaires, molaires et les inlays-cores

◊ Prothèses amovibles : **420 €** / appareil et au minimum le ticket modérateur

◊ Autres prothèses remboursées : **80 %** de la BR

• PROTHÈSES PANIER À TARIF LIBRE

dont inlays-onlays
Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale

◊ Prothèses fixes :

240 € / dent pour les incisives, canines et 1^{ères} prémolaires,

120 € / dent pour les 2^{èmes} prémolaires, molaires et les inlays-cores

◊ Prothèses amovibles : **420 €** / appareil et au minimum le ticket modérateur

◊ Autres prothèses remboursées : **80 %** de la BR

■ PROTHÈSES NON REMBOURSÉES

PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

◊ Prothèses fixes :

240 € / dent pour les incisives, canines et 1^{ères} prémolaires,

120 € / dent pour les 2^{èmes} prémolaires, molaires et les inlays-cores

◊ Prothèses amovibles : **420 €** / appareil

■ PARODONTOLOGIE NON REMBOURSÉE

PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE **100 €** 1 fois / an

■ IMPLANTOLOGIE NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

◊ Implant : **100 €** 1 fois / an

◊ Pilier implantaire : **50 €** 1 fois / an

■ PLAFOND ANNUEL PAR BÉNÉFICIAIRE

POUR LES PROTHÈSES DENTAIRES

Panier libre et maîtrisé uniquement.

1 500 € au-delà, remboursement à hauteur du Ticket modérateur

■ ORTHODONTIE

• REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

150 % de la BR

• NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

300 € / semestre

TABLEAU DES GARANTIES PERFORMANCE 2

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.

OPTIQUE

Les prestations incluent le remboursement de la Sécurité sociale et le ticket modérateur.

Limite de prise en charge ⁽¹⁾ :

- ◊ à partir de 16 ans : 1 équipement tous les 2 ans réduit à 1 an en cas d'évolution de la vue
- ◊ de 6 à 16 ans : 1 équipement / an
- ◊ moins de 6 ans : 1 équipement / an réduit à 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage

■ ÉQUIPEMENT PANIER 100 % SANTÉ (SANS RESTE À CHARGE)

Classe A : équipement sans reste à charge, soumis à un prix limite de vente

• VERRES ⁽²⁾

100 % des frais réels

• MONTURE

100 % des frais réels

• SUPPLÉMENTS (Verres et montures à coques)

100 % des frais réels

• APPAIRAGE

100 % des frais réels

• ADAPTATION

100 % des frais réels

■ ÉQUIPEMENT PANIER À TARIF LIBRE (HORS 100 % SANTÉ)

Classe B : équipement à tarif libre, avec un possible reste à charge

• VERRES ⁽²⁾

- ◊ Simples : **90 €** / verre
- ◊ Complexes : **120 €** / verre
- ◊ Hyper Complexes : **140 €** / verre

• MONTURE

70 €

La part du forfait non consommée peut être reportée sur la prise en charge des verres

• SUPPLÉMENTS (Verres et montures à coques)

100 % de la BR

• ADAPTATION

100 % de la BR

■ LENTILLES

Remboursées par la Sécurité sociale.

Les garanties s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale

40 € / œil / an

■ LENTILLES

Non remboursées par la Sécurité sociale

65 € / œil / an

■ CHIRURGIE RÉFRACTIVE

150 € / œil

AUTRES PRESTATIONS NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

■ CURE THERMALE

300 € / cure

■ PRIME DE NAISSANCE

300 €

■ VACCIN ANTI-GRIPPE

100 % des frais réels

■ MÉDECINES DOUCES

Ostéopathe / chiropracteur / étiopathe / acupuncteur / diététicien

50 € / an

■ ASSISTANCE

OUI

SÉJOURS EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

■ FRAIS DE SÉJOUR

• ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ

100 % de la BR

• ÉTABLISSEMENT NON CONVENTIONNÉ

100 % de la BR dans la limite de **10 000 €** / an et au minimum le Ticket modérateur

■ FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

100 % des frais réels illimités dans le temps

AUTRES PRESTATIONS REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

■ CURE THERMALE

Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale

300 € / cure

Légende :

(1) Cas particulier des Participants présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin : Pour les participants ne pouvant ou ne voulant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le contrat frais de santé couvre la prise en charge de deux équipements, l'un corrigeant la vision de près, l'autre la vision de loin, sur une période de deux ans.

(2) VERRES

Verres simples : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes : verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres hyper complexes : verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

BR : la base de remboursement correspond au tarif de référence de la Sécurité sociale.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2021 : 3 428 €

TABLEAU DES GARANTIES PERFORMANCE 3

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.

Cette formule vous assure une protection optimale, elle est faite pour vous si :

- vous souhaitez être bien pris en charge sur des dépassements d'honoraires lors d'une hospitalisation chirurgicale, d'actes médicaux ou de consultations;
- vous avez des besoins importants en optique et dentaire;
- vous souhaitez ne pas avoir à contrôler vos dépenses de santé.

SOINS COURANTS

■ HONORAIRES MÉDICAUX

Signataires ou non d'une Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

• CONSULTATIONS - VISITES GÉNÉRALISTES

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **170 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **150 %** de la BR

• CONSULTATIONS - VISITES SPÉCIALISTES

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **200 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **180 %** de la BR

• ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **250 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **200 %** de la BR

• RADIOLOGIE, ÉCHOGRAPHIE ET IMAGERIE MÉDICALE

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **200 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **180 %** de la BR

• SAGE FEMME **200 %** de la BR

■ HONORAIRES PARAMÉDICAUX

200 % de la BR

■ ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

200 % de la BR

■ MÉDICAMENTS remboursés par la Sécurité sociale

100 % de la BR

■ MATÉRIEL MÉDICAL

300 % de la BR

AIDES AUDITIVES

■ ÉQUIPEMENT PANIER **100 % SANTÉ*** (SANS RESTE À CHARGE)

Classe I : équipement sans reste à charge, soumis à un prix limite de vente dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans.

* à partir de 2021

• AIDES AUDITIVES

- ◊ Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans
100 % des frais réels par oreille

- ◊ Bénéficiaire âgé jusqu'à 20 ans
100 % des frais réels par oreille

■ ÉQUIPEMENT PANIER À TARIF LIBRE (HORS **100 % SANTÉ**)

Classe II : équipement à tarif libre avec possible reste à charge dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans.

Prestation incluant le remboursement de la Sécurité sociale et le ticket modérateur.

• AIDES AUDITIVES

- ◊ Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans
940 € / oreille

- ◊ Bénéficiaire âgé jusqu'à 20 ans et bénéficiaires souffrant de cécité
1 550 € / oreille

HOSPITALISATION

■ HONORAIRES

Signataires ou non d'une Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

- ◊ Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **300 %** de la BR
- ◊ Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO : **200 %** de la BR

■ FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

100 % des frais réels illimités dans le temps

■ FRAIS ANNEXES

300 % de la BR

■ FRAIS DE SÉJOUR

• ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ

300 % de la BR

• ÉTABLISSEMENT NON CONVENTIONNÉ

300 % de la BR dans la limite de **10 000 €** / an et au minimum le Ticket modérateur

■ CHAMBRE PARTICULIÈRE

Établissement conventionné ou non **70 €** / jour

■ FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT

Bénéficiaire âgé de moins de 12 ans ou plus de 65 ans

Établissement conventionné ou non **35 €** / jour

■ TRANSPORT

Remboursé par la Sécurité sociale **100 %** des frais réels

DENTAIRE

■ SOINS **200 %** de la BR

■ PROTHÈSES PANIER **100 % SANTÉ (SANS RESTE À CHARGE)**

100 % des frais réels

dans la limite des honoraires limites de facturation fixés

■ PROTHÈSES HORS **100 % SANTÉ**

• PROTHÈSES PANIER À TARIF MAÎTRISÉ

Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés

◊ Prothèses fixes :

400 € / dent pour les incisives, canines et prémolaires,

200 € / dent pour les molaires, et **230 €** / dent / inlay-core

◊ Prothèses amovibles : **700 €** / appareil et au minimum le ticket modérateur

◊ Autres prothèses remboursées : **130 %** de la BR

• PROTHÈSES PANIER À TARIF LIBRE

Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale

◊ Prothèses fixes :

400 € / dent pour les incisives, canines et prémolaires,

200 € / dent pour les molaires, et **230 €** / dent / inlay-core

◊ Prothèses amovibles : **700 €** / appareil et au minimum le ticket modérateur

◊ Autres prothèses remboursées : **130 %** de la BR

■ PROTHÈSES NON REMBOURSÉES

PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

◊ Prothèses fixes :

400 € / dent pour les incisives, canines et prémolaires,

200 € / dent pour les molaires et **230 €** / dent / inlay-core

◊ Prothèses amovibles : **700 €** / appareil

■ PARODONTOLOGIE NON REMBOURSÉE

PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE **200 €** 1 fois / an

■ IMPLANTOLOGIE NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

◊ Implant : **200 €** 1 fois / an

◊ Pilier implantaire : **100 €** 1 fois / an

■ PLAFOND ANNUEL PAR BÉNÉFICIAIRE

POUR LES PROTHÈSES DENTAIRES

Panier libre et maîtrisé uniquement.

3 000 € au-delà, remboursement à hauteur du Ticket modérateur

■ ORTHODONTIE

• REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

300 % de la BR

• NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

600 € / semestre

TABLEAU DES GARANTIES PERFORMANCE 3

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.

OPTIQUE

Les prestations incluent le remboursement de la Sécurité sociale et le ticket modérateur.

Limite de prise en charge ⁽¹⁾ :

- ◇ à partir de 16 ans : 1 équipement tous les 2 ans réduit à 1 an en cas d'évolution de la vue
- ◇ de 6 à 16 ans : 1 équipement / an
- ◇ moins de 6 ans : 1 équipement / an réduit à 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage

■ ÉQUIPEMENT PANIER 100 % SANTÉ (SANS RESTE À CHARGE)

Classe A : équipement sans reste à charge, soumis à un prix limite de vente

• VERRES ⁽²⁾

100 % des frais réels

• MONTURE

100 % des frais réels

• SUPPLÉMENTS (Verres et montures à coques)

100 % des frais réels

• APPAIRAGE

100 % des frais réels

• ADAPTATION

100 % des frais réels

■ ÉQUIPEMENT PANIER À TARIF LIBRE (HORS 100 % SANTÉ)

Classe B : équipement à tarif libre, avec un possible reste à charge

• VERRES ⁽²⁾

◇ Simples : **140 €** / verre

◇ Complexes : **170 €** / verre

◇ Hyper Complexes : **210 €** / verre

• MONTURE

100 €

La part du forfait non consommée peut être reportée sur la prise en charge des verres

• SUPPLÉMENTS (Verres et montures à coques)

100 % de la BR

• ADAPTATION

100 % de la BR

■ LENTILLES

Remboursées par la Sécurité sociale.

Les garanties s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale

60 € / œil / an

■ LENTILLES

Non remboursées par la Sécurité sociale

85 € / œil / an

■ CHIRURGIE RÉFRACTIVE

300 € / œil

AUTRES PRESTATIONS NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

■ CURE THERMALE

500 € / cure

■ PRIME DE NAISSANCE

500 €

■ VACCIN ANTI-GRIPPE

100 % des frais réels

■ MÉDECINES DOUCES

Ostéopathe / chiropracteur / étiope / acupuncteur / diététicien

100 € / an

■ ASSISTANCE

OUI

SÉJOURS EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

■ FRAIS DE SÉJOUR

• ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ

300 % de la BR

• ÉTABLISSEMENT NON CONVENTIONNÉ

300 % de la BR dans la limite de **10 000 €** / an et au minimum le Ticket modérateur

■ FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

100 % des frais réels illimités dans le temps

AUTRES PRESTATIONS REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

■ CURE THERMALE

Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale

500 € / cure

Légende :

⁽¹⁾ Cas particulier des Participants présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin : Pour les participants ne pouvant ou ne voulant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le contrat frais de santé couvre la prise en charge de deux équipements, l'un corrigeant la vision de près, l'autre la vision de loin, sur une période de deux ans.

⁽²⁾ VERRES

Verres simples : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes : verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres hyper complexes : verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

BR : la base de remboursement correspond au tarif de référence de la Sécurité sociale.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2021 : 3 428 €

À ces 3 garanties, peuvent s'ajouter à tout moment 3 niveaux de renfort.

À la clé, une augmentation de vos prestations sur les dépenses les plus coûteuses et souvent mal remboursées : honoraires médicaux, hospitalisation, optique, dentaire, médecines douces... Chaque membre de la famille peut choisir son ou ses renforts en fonction de ses propres besoins.

MODULE A

Honoraires médicaux, hospitalisation et aides auditives



HONORAIRES MÉDICAUX

Consultations - Visites généralistes :	Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO	+50 % de la BR
	Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO	+20 % de la BR
Consultations - Visites spécialistes :	Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO	+50 % de la BR
	Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO	+20 % de la BR
Radiologie, échographie et imagerie médicale :	Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO	+50 % de la BR
	Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO	+20 % de la BR
Actes techniques médicaux :	Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO	+120 % de la BR

HOSPITALISATION

Honoraires médicaux et chirurgicaux :	Signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO	+120 % de la BR
Chambre particulière :		+30 € / jour
Frais d'accompagnement :	Bénéficiaire âgé de moins de 12 ans ou de plus de 65 ans	+10 € / jour

AIDES AUDITIVES / ÉQUIPEMENT PANIER À TARIF LIBRE (HORS 100 % SANTÉ)

	Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans	+150 € / an / oreille
	Bénéficiaire âgé jusqu'à 20 ans	+150 € / an / oreille

MODULE B

Dentaire et optique



DENTAIRE / PROTHÈSES HORS 100 % SANTÉ *

Prothèses panier à tarif maîtrisé :	Prothèses fixes	+90 € / dent
	Prothèses amovibles	+135 € / appareil
Prothèses panier à tarif libre :	Prothèses fixes	+90 € / dent
	Prothèses amovibles	+135 € / appareil

DENTAIRE / PROTHÈSES NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

	Prothèses fixes	+90 € / dent
	Prothèses amovibles	+135 € / appareil

OPTIQUE / ÉQUIPEMENT HORS 100 % SANTÉ

Verres :	Complexes ou hyper Complexes	+60 € / verre
----------	------------------------------	----------------------

* Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés.

MODULE C

Dentaire et autres prestations non remboursées par la Sécurité sociale



DENTAIRE

Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale :		+400 € 1 fois / an
Implantologie non remboursée par la Sécurité sociale :	Implant	+400 € 1 fois / an
	Pilier implantaire	+200 € 1 fois / an

AUTRES PRESTATIONS NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Médicaments	Panier automédication Anti-rhumes - contentions veineuses autotests - dysfonctions érectiles	50 € / an
Ostéodensitométrie :		50 € / an
Médecines douces	Ostéopathe - chiropracteur - étio-pathe acupuncteur - diététicien	+150 € / an

Tarifs applicables au 01/01/2021.

BR : base de remboursement, c'est le tarif de référence de la Sécurité sociale.

Fonctionnement des modules : Les modules ne peuvent pas être souscrits indépendamment d'une garantie de base Performance. Si la garantie de base comporte un plafond de versement des prestations (notamment en dentaire), les modules interviennent au-delà de ce plafond, mais uniquement pour les prestations concernées et dans les limites du cahier des charges des contrats responsables.

Le participant peut souscrire un ou plusieurs modules en les associant entre eux, cependant, un même module ne peut être souscrit qu'une fois. **Ces modules sont souscrits pour une durée de 24 mois minimum.** En cas de résiliation du module C, toute souscription ultérieure à ce module est impossible.

Pour adhérer en toute tranquillité, C'EST TRÈS SIMPLE !

SUR LA DEMANDE D'ADHÉSION :

Sur la demande d'adhésion :

- choisissez le niveau qui vous convient le mieux ;
- 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 de coordonnées bancaires ;
- joignez également la photocopie de votre attestation de carte Vitale et, éventuellement, celle de votre conjoint ou de vos enfants ;
- postez votre demande d'adhésion à :

IPECA PRÉVOYANCE
Service commercial Individuel
5 rue Paul Barruel
75740 Paris cedex 15

CONTACT

**Pour en savoir plus
sur l'offre Performance**

Contactez nos conseillers au
0 977 425 425 (tapez 2)

ou en leur écrivant à
contact.indiv@ipeca.fr

Les garanties Performance 1, 2, 3 et les modules A,B,C sont assurés par IPECA PRÉVOYANCE à l'exception des garanties d'assistance assurées par Inter Mutuelles Assistance.
Les garanties assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le code des Assurances, dont le siège sociale est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 Niort cedex 09, immatriculée au RCS de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.



Des services pour faciliter votre quotidien et celui de votre famille !

Pour vous assurer une plus grande sérénité au quotidien, IPECA a choisi l'expérience de partenaires, acteurs de la santé, pour vous offrir les meilleurs des services. Un bouquet de solutions utiles et innovantes associées à votre contrat.

ESPACE PRIVÉ

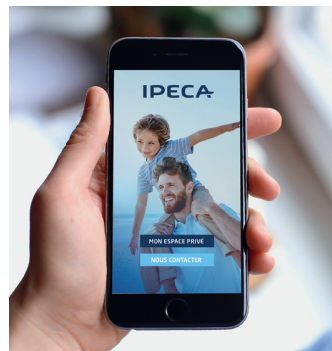
À travers l'Espace Privé, visualisez le détail de vos remboursements, téléchargez votre carte de tiers payant, accédez aux informations qui vous concernent, effectuez des demandes en ligne (carte de tiers payant, attestation d'affiliation...).



Nouvelle version

MyIPECA

Une appli mobile pour consulter en un coup d'œil vos remboursements santé, télécharger votre carte de tiers payant, envoyer vos pièces administratives.



DEUXIÈMEAVIS.FR

En cas de problème de santé sérieux, obtenez en moins de 7 jours l'avis écrit d'un médecin référent dans la pathologie. Il suffit de soumettre son dossier médical complet (questionnaire et examens médicaux) sur la plateforme sécurisée deuxiemeavis.fr

MEDAPPCARE

Pour votre bien-être, découvrez les meilleures applications santé recommandées par IPECA et évaluées par notre partenaire Medappcare pour préserver, améliorer et suivre votre santé.

MÉDECINDIRECT

Bénéficiez de consultations de généralistes ou de spécialistes à distance, illimitées et entièrement prises en charge par IPECA.

Vous recevez une réponse, un conseil, un avis, un diagnostic médical et une ordonnance si nécessaire, à portée de clic et sans vous déplacer.

ASSISTANCE

Pour répondre aux besoins immédiats, en cas d'accident ou de maladie entraînant une immobilisation ou une hospitalisation : aide à domicile, présence d'un proche, services de proximité, prise en charge des animaux domestiques au domicile, etc.

L'assistance vous propose un véritable soutien pour vous et vos proches afin de vous aider au quotidien pendant votre immobilisation ou lors de votre retour à domicile.

SANTÉCLAIR

Vous bénéficiez, si vous le désirez, de l'accès aux services de notre partenaire SANTÉCLAIR, qui vous aide à maîtriser vos dépenses en optique, dentaire, aides auditives et actes chirurgicaux. Ce service vous permet d'analyser ou de renégocier vos devis en payant le juste prix, selon votre région.



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 (ACPR) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.