

## IRP AUTO : CONTRAT RENFORT 2

### 1/ TARIFS RENFORT 2

Cotisation selon la situation de chacun :

**Nouvelle formule :** Pas d'augmentation 2023

3 FORMULES / PRISE EN CHARGE À 90% PAR L'ENTREPRISE

FORMULE	COUT MENSUEL	PRISE EN CHARGE SALARIE	PRISE EN CHARGE ENTREPRISE
ISOLE	55,80€	5,58€	50,22€
DUO	101,40€	10,14€	91,26€
FAMILLE	145,80€	14,58€	131,22€

**Formule précédente:** Augmentation de 6,9% au 1er janvier 2023

2 FORMULES / PRISE EN CHARGE À 90% PAR L'ENTREPRISE

FORMULE	COUT MENSUEL	PRISE EN CHARGE SALARIE	PRISE EN CHARGE ENTREPRISE
ISOLE	58,28€	5,83€	52,45€
FAMILLE	149,46€	14,95€	134,51€

**Nous reviendrons vers vous prochainement afin de vous communiquer les modalités pour indiquer le choix du niveau de cotisation (Isolé/Duo/Famille). De même que pour les personnes qui disposaient d'une dérogation d'adhésion.**

### 2/ COMPARAISON TARIF RENFORT 2 ET TARIF ACTUEL

Voir documents ci-après

### 3/ POSSIBILITE DE CONTRACTER DES GARANTIES SUPPLEMENTAIRES

Les salariés auront t la possibilité de faire évoluer leur mutuelle sur d'autres prestations, dans ce cas ils devront en faire eux-mêmes la demande sur leur espace personnel IRP AUTO et le surcoût (à leur charge) leur sera prélevé directement sur leur compte bancaire.

Exemple :

Passage de renfort 2 à renfort 3 (il existe d'autres formules jusqu'au renfort 5).

FORMULE	RENFORT 2 Coût mensuel	RENFORT 2 10% à charge salarié (prélevés sur bulletin de paie)	RENFORT 3 Coût mensuel	PASSAGE 2 à 3 Surcoût mensuel (prélevé par IRP AUTO sur le compte bancaire du salarié)	PASSAGE 2 à 3 Coût total mensuel pour le salarié
ISOLE	55,80€	5,58€	67,20€	11,40€ (67,20-55,80)	16,98€ (5,58+11,40)
DUO	101,40€	10,14€	124,20€	22,80€ (124,20-101,40)	32,94€ (10,14+22,80)
FAMILLE	145,80€	14,58€	177,90€	32,10€ (177,90-145,80)	46,68€ (14,58+32,10)

A titre d'information, nous vous joignons en suivant les prestations incluses dans le Renfort 3.



## Régime Professionnel Santé - Renfort 2

### Remboursements 2022

Les prestations santé IRP AUTO incluent les remboursements de la Sécurité sociale, dans la limite des frais engagés.

SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux <sup>(1)</sup> :	OPTAM (*)		220 % BR (*)
consultations, visites de généralistes et spécialistes, radiologie, imagerie, actes techniques médicaux	Hors OPTAM		170 % BR
Analyses et examens de laboratoire <sup>(1)</sup>			
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...) <sup>(1)</sup>			210 % BR
Matériel médical (petit et grand appareillage, autres prothèses)			
Transport médical remboursé par la Sécurité sociale			145 % BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale			100 % BR
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (y compris maternité) <sup>(2)</sup>			
Frais de Séjour			400 % BR
Honoraires	OPTAM		400 % BR
	Hors OPTAM		200 % BR
Forfait journalier hospitalier			Remboursement intégral
Chambre particulière, par jour			70 €
Frais lit accompagnant, par jour			30 €
OPTIQUE : 1 équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans <sup>(3)</sup>			
Équipements 100 % Santé <sup>(**)</sup>	Verre		100 % des frais engagés <sup>(4)</sup>
	Monture		100 % des frais engagés <sup>(4)</sup>
Équipements hors 100 % Santé :	Verre - de 16 ans, plafond par verre	Simple	110 €
		Complexe	250 €
		Très complexe	250 €
	Verre 16 ans et +, plafond par verre	Simple	70 €
		Complexe	200 €
		Très complexe	300 €
	Plafond pour une monture		100 €
Lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables), par an			100 % BR (pour les lentilles remboursées) + 200 €
Chirurgie correctrice de l'œil, par an et par œil			230 €
DENTAIRE			
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé <sup>(**)</sup>			100 % des frais engagés <sup>(4)</sup>
Soins dentaires hors 100 % Santé			220 % BR
Prothèses dentaires hors 100 % Santé et Inlays Onlays remboursés par la Sécurité sociale <sup>(4)</sup>			370 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (hors implants), par acte			208,75 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale			350 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale, par acte			387 €
Implant non remboursé par la Sécurité sociale, par implant (limite 2 par an)			300 €
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale, par an			100 €
AIDES AUDITIVES : 1 équipement tous les 4 ans <sup>(5)</sup>			
Équipements 100 % Santé <sup>(**)</sup>			100 % des frais engagés <sup>(4)</sup>
Équipements hors 100 % Santé, par oreille			100 % BR + 650 € limité à 1 700 €
Piles et autres accessoires remboursés par la Sécurité sociale			100 % BR
ACTES DE PREVENTION (Loi 2004-810 du 13 août 2004 - Arrêté du 8 juin 2006. Actes remboursés énumérés à l'art. 1 <sup>er</sup> - 5 de l'arrêté du 8 juin 2006)			
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum			220 % BR
Dépistage 1 fois tous les 5 ans des troubles de l'audition (personnes de plus de 50 ans)	OPTAM		220 % BR
	Hors OPTAM		170 % BR
LES PLUS			
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale (y compris transport et hébergement sur présentation de factures), par an			100 % BR + 140 €
Forfait maternité (naissance ou adoption) pour tout enfant du participant ou de son conjoint, partenaire PACS ou concubin, par enfant			300 €
Forfait bien-être, par an : (Ostéopathie, chiropractie, étiothérapie, médicaments <sup>(6)</sup> et vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, substituts nicotiniques remboursés par la Sécurité sociale, pédicures-podologues non remboursés par la Sécurité sociale)			140 €
GARANTIE ASSISTANCE			
Une assistance 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 (N° de référence : 51W)		0 810 780 909	Service 0,08 € / min + prix appel

## CONTRAT BSA ACTUEL

GARANTIES PAR FAMILLE D'ACTES				« Vos garanties »
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux <sup>(1)</sup> :	OPTAM (*)			270 % BR
consultations, visites de généralistes et spécialistes, radiologie, imagerie, actes techniques médicaux	Hors OPTAM			170 % BR
Analyses et examens de laboratoire <sup>(1)</sup>				260 % BR
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...) <sup>(1)</sup>				260 % BR
Matériel médical (petit et grand appareillage, autres prothèses)				210 % BR
Transport médical remboursé par la Sécurité sociale				145 % BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale				100 % BR
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (y compris maternité) <sup>(2)</sup>				
Frais de séjour				300 % BR
Honoraires	OPTAM			300 % BR
	Hors OPTAM			200 % BR
Forfait journalier hospitalier				Remboursement intégral
Chambre particulière, par jour				95 €
Frais lit accompagnant, par jour				35 €
OPTIQUE : 1 équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans <sup>(3)</sup>				
Équipements 100 % Santé <sup>(**)</sup>	Verre			100 % des frais engagés <sup>(4)</sup>
	Monture			100 % des frais engagés <sup>(4)</sup>
Équipements hors 100 % Santé :	Verre - de 16 ans, plafond par verre	Simple		160 €
		Complexe		200 €
		Très complexe		200 €
	Verre 16 ans et +, plafond par verre	Simple		150 €
		Complexe		200 €
		Très complexe		200 €
	Plafond pour 1 monture			100 €
Lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables), par an				100 % BR (pour les lentilles remboursées) + 200 €
Chirurgie correctrice de l'œil, par an et par œil				150 €
DENTAIRE				
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé <sup>(**)</sup>				100 % des frais engagés <sup>(4)</sup>
Soins dentaires hors 100 % Santé				270 % BR
Prothèses dentaires hors 100 % Santé remboursées par la Sécurité sociale <sup>(4)</sup>				370 % BR
Inlays Onlays remboursés par la Sécurité sociale <sup>(4)</sup>				370 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (hors implants), par acte				320 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale				400 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale, par acte				320 €
Implant non remboursé par la Sécurité sociale, par implant				600 €
AIDES AUDITIVES : 1 équipement tous les 4 ans <sup>(5)</sup>				
Équipements 100 % Santé <sup>(**)</sup>				100 % des frais engagés <sup>(4)</sup>
Équipements hors 100 % Santé, par oreille				410 % BR limité à 1 700 €
Piles et autres accessoires remboursés par la Sécurité sociale				100 % BR
ACTES DE PREVENTION (Loi 2004-810 du 13 août 2004 - Arrêté du 8 juin 2006. Actes remboursés énumérés à l'art. 1 <sup>er</sup> - 5 de l'arrêté du 8 juin 2006)				
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum				270 % BR
Dépistage 1 fois tous les cinq ans des troubles de l'audition (personnes de plus de 50 ans)	OPTAM			270 % BR
	Hors OPTAM			170 % BR
LES PLUS				
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale (y compris transport et hébergement sur présentation des factures), par an				150 % BR + 150 €
Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale, par an				95 €
Forfait maternité (naissance ou adoption) pour tout enfant du participant ou de son conjoint, partenaire PACS ou concubin, par enfant				480 €
Forfait bien-être, par an : (Ostéopathie, chiropractie, étiothérapie, médicaments <sup>(6)</sup> et vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, substituts nicotiniques remboursés par la Sécurité sociale, pédicures-podologues non remboursés par la Sécurité sociale)				150 €
GARANTIE ASSISTANCE				
Une assistance 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24				oui
Le montant de cette garantie est inclus dans la cotisation globale.				

Les prestations santé IRP AUTO incluent les remboursements de la Sécurité sociale, dans la limite des frais engagés.

### SOINS COURANTS

Honoraires médicaux <sup>(1)</sup> :	OPTAM (*)	320 % BR (*)
consultations, visites de généralistes et spécialistes, radiologie, imagerie, actes techniques médicaux	Hors OPTAM	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire <sup>(1)</sup>		
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...) <sup>(1)</sup>		310 % BR
Matériel médical (petit et grand appareillage, autres prothèses)		
Transport médical remboursé par la Sécurité sociale		145 % BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale		100 % BR

### HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (y compris maternité) <sup>(2)</sup>

Frais de Séjour		500 % BR
Honoraires	OPTAM	500 % BR
	Hors OPTAM	200 % BR
Forfait journalier hospitalier		Remboursement intégral
Chambre particulière, par jour		100 €
Frais lit accompagnant, par jour		50 €

### OPTIQUE : 1 équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans <sup>(3)</sup>

 <b>Équipements 100 % Santé (**)</b>	Verre	100 % des frais engagés <sup>(4)</sup>	
	Monture	100 % des frais engagés <sup>(4)</sup>	
<b>Équipements hors 100 % Santé :</b>	Verre – de 16 ans, plafond par verre	Simple	130 €
		Complexe	275 €
		Très complexe	275 €
	Verre 16 ans et +, plafond par verre	Simple	110 €
		Complexe	250 €
		Très complexe	325 €
Plafond pour une monture		100 €	
Lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables), par an		100 % BR (pour les lentilles remboursées) + 270 €	
Chirurgie correctrice de l'œil, par an et par œil		300 €	

### DENTAIRE

 <b>Soins et prothèses dentaires 100 % Santé (**)</b>	100 % des frais engagés <sup>(4)</sup>
<b>Soins dentaires hors 100 % Santé</b>	320 % BR
<b>Prothèses dentaires hors 100 % Santé</b> et Inlays Onlays remboursés par la Sécurité sociale <sup>(4)</sup>	470 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (hors implants), par acte	376,25 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	400 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale, par acte	580,50 €
Implant non remboursé par la Sécurité sociale, par implant (limite 2 par an)	600 €
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale, par an	200 €

### AIDES AUDITIVES : 1 équipement tous les 4 ans <sup>(5)</sup>

 <b>Équipements 100 % Santé (**)</b>	100 % des frais engagés <sup>(4)</sup>
<b>Équipements hors 100 % Santé</b> , par oreille	100 % BR + 800 € limité à 1 700 €
Piles et autres accessoires remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR

### ACTES DE PREVENTION (Loi 2004-810 du 13 août 2004 - Arrêté du 8 juin 2006. Actes remboursés énumérés à l'art. 1<sup>er</sup> -5 de l'arrêté du 8 juin 2006)

Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum		320 % BR
Dépistage 1 fois tous les 5 ans des troubles de l'audition (personnes de plus de 50 ans)	OPTAM	320 % BR
	Hors OPTAM	200 % BR

### LES PLUS

Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale (y compris transport et hébergement sur présentation de factures), par an	120 % BR + 160 €
Forfait maternité (naissance ou adoption) pour tout enfant du participant ou de son conjoint, partenaire PACS ou concubin, par enfant	350 €
Forfait bien-être, par an (Ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, médicaments <sup>(6)</sup> et vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, substituts nicotiniques remboursés par la Sécurité sociale, pédicures-podologues non remboursés par la Sécurité sociale)	160 €

### GARANTIE ASSISTANCE

Une assistance 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 (N° de référence : 51W)	<b>0 810 780 909</b> Service 0,06 € / min + prix appel
--	--

(\*) BR : base de remboursement de la Sécurité sociale. OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée. (\*\*) Tels que définis réglementairement.

(1) Praticiens en secteur non conventionné : prise en charge limitée à 100 % BR. - (2) Hospitalisation en secteur non conventionné : prise en charge limitée à 100 % BR. -

(3) La période est de 2 ans pour les personnes âgées de 16 ans ou plus. La période est réduite pour les cas de renouvellement anticipé prévus par la réglementation notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Les périodes sont fixes et s'apprécient à compter de la date de facturation de l'équipement optique.

Les prestations verres et monture s'entendent dans la limite des frais réels. - (4) Limité aux prix ou honoraires limites de vente quand ils sont prévus par la réglementation.

(5) La période de 4 ans est fixe et s'apprécie à compter de la date de facturation de l'équipement. - (6) Sous réserve que le médicament soit référencé sur la liste établie par le Code de la santé publique consultable sur : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

**L'offre santé conforme aux obligations conventionnelles**

Les garanties santé du Régime professionnel de santé permettent une couverture à deux niveaux :

- Le **Régime professionnel complémentaire de santé (RPCS)**, pour la partie définie par la branche d'activité, définit le niveau minimal de prise en charge.
- Les **5 options de renforts**, pour augmenter de manière progressive la prise en charge des frais de santé.



**Le contrat santé IRP AUTO**

Les contrats santé IRP AUTO remplissent les conditions prévues par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie. Notamment :

- Ils permettent un remboursement optimal des frais de santé si le parcours de soins coordonnés est respecté (le patient doit consulter son médecin traitant avant un spécialiste).
- Ils ne prennent pas en charge le forfait 1 € sur les consultations, actes de médecins et actes de biologie.
- Ils ne remboursent pas les franchises médicales sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport sanitaire.
- Ils prennent en charge deux prestations de prévention sur la liste établie par le ministère de la Santé.

Les contrats sont dits « solidaires et responsables », ils respectent les décrets n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

**Justificatifs de remboursement**

IRP AUTO se réserve la faculté de demander toute autre pièce ou facture nécessaire à l'appréciation des droits. Lorsqu'ils sont requis, les décomptes de Sécurité sociale, les factures ainsi que toute autre pièce, doivent être adressés à IRP AUTO au plus tard dans un délai de 6 mois suivant leur date d'émission. Passé ce délai, ils n'ouvrent plus droit à un remboursement

FOCUS

**COMPRENDRE MA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ**

**Les remboursements**

Pour chaque dépense de santé, le régime obligatoire détermine un tarif de référence (Base de Remboursement du Régime Obligatoire) à partir duquel il calcule sa prise en charge (Remboursement du Régime Obligatoire). Les prestations santé IRP AUTO interviennent en complément des remboursements du régime obligatoire et permettent à l'assuré de diminuer le reste à charge (ticket modérateur et dépassements d'honoraires).

**L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) anciennement Contrat d'Accès aux Soins (CAS).**

Conclus entre l'Assurance maladie et certains professionnels de santé, il existe 2 options : l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) pour les médecins de secteur 2 et l'Optam-CO pour les chirurgiens et obstétriciens. Ces deux dispositifs visent à maîtriser les dépassements d'honoraires. Dans ce cadre, les patients du médecin adhérent sont mieux remboursés par le régime obligatoire et par les complémentaires santé. Pour rechercher un médecin adhérent à l'option pratique tarifaire maîtrisée, vous pouvez consulter le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr).

