

COMMENT LIMITER LE RESTE À CHARGE ?

Grâce au réseau de soins !

- + de **5 050** opticiens
- Des équipements de qualité
- Des prix négociés (jusqu'à **-35 %** sur les plus grandes marques)
- Des services complémentaires : contrôle de la vue, garanties casse et adaptation, conseils sur la santé visuelle...



Grâce à un praticien OPTAM/OPTAM-CO !

Je choisis de consulter un médecin généraliste ou spécialiste dit OPTAM ou OPTAM CO qui s'est engagé à maîtriser ses honoraires en échange d'avantages sociaux. En cas de dépassement d'honoraires, je suis mieux remboursé.

Pour savoir si un praticien est OPTAM/OPTAM CO, je consulte le site annuaire.sante.ameli.fr.

Grâce au 100% Santé !

Je choisis dans le panier « 100% santé » des prestations et équipements sélectionnés qui sont intégralement pris en charge par la Sécurité sociale et ma complémentaire santé sur les postes optique, dentaire et audiology.

OPTIQUE



DENTAIRE



PROTHÈSES
AUDITIVES



Vous pouvez demander deux devis : un devis « 100% santé » et un devis hors « 100% santé ».

COMPRENDRE MES REMBOURSEMENTS

Vous trouverez dans ce document un résumé de vos garanties ainsi que de nombreux exemples de remboursements qui fonctionnent selon le schéma suivant :

Dépense : Consultation médecin généraliste = **25,00€**

Remboursement ASSURANCE MALADIE

Garanties : 70% BRSS*

Montant remboursé : **16,50€ (17,50€ -1€ forfaitaire)**

*BRSS base de remboursement Sécurité sociale : 25,00€

Remboursement COLONNA FACILITY

Ticket modérateur (TM) : **7,50€**

Les éventuels dépassements d'honoraires sont remboursés en fonction des garanties prévues dans mon contrat.

Reste à charge :

Il ne reste qu' **1€ forfaitaire** prévu par la loi

N'oubliez pas d'informer COLONNA FACILITY de tous les changements relatifs à votre situation familiale et administrative (mariage, naissance, déménagement, changement de caisse de Sécurité sociale, changement de coordonnées bancaires...).

ENVOYER MON DOSSIER



Grâce à mon application mobile COLONNA FACILITY et à mon espace web, j'envoie mes décomptes et mes factures détaillées et acquittées en quelques clics à partir d'un scan ou d'une photo. **Passé un délai de 24 mois (date de soins) mon dossier sera refusé.**

RÈGLEMENT ET DÉCOMPTE

À réception de chaque dossier complet, COLONNA FACILITY procède au règlement par virement :



- Je veux réduire mon impact environnemental : **1 remboursement = 1 e-mail = 1 décompte** dans mon espace assuré (Je coche « alerte emails et abonnements » dans mon compte),
- Je préfère le courrier : 1 décompte papier tous les 90 jours.



Tous les courriers sont numérisés et arrivent, comme les e-mails, dans l'outil de gestion électronique des documents de COLONNA FACILITY. Démultiplier les envois risque de ralentir le traitement de mon dossier.

QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE UN DEVIS ET UNE PRISE EN CHARGE ?

Le **devis** me permet d'avoir une estimation des remboursements sur des dépenses importantes. Pour une estimation du remboursement, j'adresse le devis transmis par le professionnel de santé à COLONNA FACILITY. L'estimation de remboursement est donnée à titre informatif et reflète les garanties en vigueur à la date de sa réalisation.

La **prise en charge** engage COLONNA FACILITY à régler sur facture finale, les soins et prestations réalisés par le professionnel de santé dans la limite des garanties mentionnées sur le document.

MES ÉCHANGES AVEC COLONNA FACILITY



sante@cofacility.fr



www.cofacility.fr

Simple, rapide et écologique : mon espace assuré me donne accès à de nombreux services :

- Obtenir mes décomptes par e-mail,
- Consulter le détail de mes remboursements en temps réel,
- Enregistrer et modifier mes informations personnelles (mariage, déménagement, ...) et bancaires.



Me référer au numéro de téléphone figurant au dos de ma carte tiers payant.



Une équipe de conseillers est à mon écoute du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00.



COLONNA FACILITY
41207 ROMORANTIN CEDEX

NATURE DES FRAIS	Option A (Base obligatoire) (prestations en complément de la Sécurité Sociale)		Option B (prestations sous déduction du Option A (Base obligatoire))		Option C (prestations sous déduction du Option A (Base obligatoire))		Option D (prestations sous déduction du Option A (Base obligatoire))	
	DPTAM*	hors DPTAM*	DPTAM*	hors DPTAM*	DPTAM*	hors DPTAM*	DPTAM*	hors DPTAM*
SOINS COURANTS								
Honoraires médicaux								
Consultations et visites de généralistes	TM	TM	TM + 42,50 % BRSS	TM + 22,5 % BRSS	TM + 65 % BRSS	TM + 45 % BRSS	TM + 105 % BRSS	TM + 85 % BRSS
Consultations et visites de spécialistes	TM	TM	TM + 45 % BRSS	TM + 25 % BRSS	TM + 70 % BRSS	TM + 50 % BRSS	TM + 120 % BRSS	TM + 100 % BRSS
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux	TM	TM	TM + 20 % BRSS	TM	TM + 42,5 % BRSS	TM + 22,5 % BRSS	TM + 105 % BRSS	TM + 85 % BRSS
Actes d'imagerie médicale, échographie	TM	TM	TM + 20 % BRSS	TM	TM + 42,5 % BRSS	TM + 22,5 % BRSS	TM + 105 % BRSS	TM + 85 % BRSS
Analyses et examens de laboratoire								
Analyses et examens de biologie médicale	TM		TM + 20 % BRSS		TM + 72,5 % BRSS		TM + 115 % BRSS	
Matériel médical								
Prothèses (hors dentaires et auditives)	TM + 35 % BRSS		TM + 65 % BRSS		TM + 65 % BRSS		TM + 105 % BRSS	
Petit appareillage	TM + 35 % BRSS		TM + 65 % BRSS		TM + 65 % BRSS		TM + 105 % BRSS	
Honoraires paramédicaux								
Auxiliaires médicaux	TM		TM + 20 % BRSS		TM + 72,5 % BRSS		TM + 115 % BRSS	
Transport	TM		TM		TM		TM	
Médicaments								
Médicaments remboursés par la SS	TM		TM		TM		TM	
HOSPITALISATION (y compris maternité)	DPTAM*	hors DPTAM*	DPTAM*	hors DPTAM*	DPTAM*	hors DPTAM*	DPTAM*	hors DPTAM*
Honoraires								
Honoraires chirurgicaux	100 % Frais réels		100 % Frais réels		100 % Frais réels		100 % Frais réels	
Forfait journalier hospitalier								
Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)	100 % Frais réels		100 % Frais réels		100 % Frais réels		100 % Frais réels	
Autres actes								
Frais de séjour	100 % Frais réels		100 % Frais réels		100 % Frais réels		100 % Frais réels	
Participation forfaitaire sur les actes techniques	100 % Frais réels		100 % Frais réels		100 % Frais réels		100 % Frais réels	
Chambre particulière	2,4 % PMSS dans la limite de 30 jours		2,4 % PMSS		2,4 % PMSS		2,4 % PMSS	
Frais de lit d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans	3 % PMSS par jour		3 % PMSS par jour		3 % PMSS par jour		3 % PMSS par jour	
Garde malade à domicile remboursé par la SS	Néant		100 % Frais réels		100 % Frais réels		100 % Frais réels	
DENTAIRE								
Soins et Prothèses "Panier 100% Santé" avec Honoraires Limites de Facturation (HLF) en vigueur à la date des soins	sans reste à charge pour l'assuré		sans reste à charge pour l'assuré		sans reste à charge pour l'assuré		sans reste à charge pour l'assuré	
Soins hors 100% santé								
Soins dentaires	TM		TM + 85 % BRSS		TM + 90 % BRSS		TM + 90 % BRSS	
Prothèses hors 100% santé								
Prothèses remboursées par la SS à honoraires maîtrisés	TM + 125 % BRSS		TM + 207 % BRSS		TM + 233 % BRSS		TM + 302 % BRSS	
Prothèses remboursées par la SS à honoraires libres	TM + 125 % BRSS		TM + 207 % BRSS		TM + 233 % BRSS		TM + 302 % BRSS	
Inlay core remboursés pas la SS à honoraires maîtrisés	TM + 125 % BRSS		TM + 207 % BRSS		TM + 233 % BRSS		TM + 302 % BRSS	
Inlay core remboursés pas la SS à honoraires libres	TM + 125 % BRSS		TM + 207 % BRSS		TM + 233 % BRSS		TM + 302 % BRSS	
Inlay, onlay remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	TM		TM + 85 % BRSS		TM + 90 % BRSS		TM + 90 % BRSS	
Inlay, onlay remboursés par la SS à honoraires libres	TM		TM + 85 % BRSS		TM + 90 % BRSS		TM + 90 % BRSS	
Prothèses non remboursées par la SS (base 107,50€)	155 % BRSS par acte		237 % BRSS par acte		273 % BRSS par acte		332 % BRSS par acte	
Implantologie (non remboursée par la SS)								
Implants dentaires (hors prothèses dentaires)	100 € par an		200 € par an		300 € par an		400 € par an	
Orthodontie								
Orthodontie remboursée par la SS	TM + 95 % BRSS		TM + 136 % BRSS		TM + 190 % BRSS		TM + 302 % BRSS	
Orthodontie non remboursée par la SS (base 193,50€)	121 % BRSS		121 % BRSS		121 % BRSS		121 % BRSS	
OPTIQUE (les garanties sont exprimées sous déduction des remboursements de la Sécurité sociale, hors lentilles et chirurgie réfractive)								
	1 équipement (2 verres et 1 monture) tous les 2 ans ramené à 1 an si évolution de la vue ou enfant de moins de 16 ans. Pour les enfants de moins de 6 ans, renouvellement possible à l'expiration d'une période de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture.							
Équipements 100% Santé	sans reste à charge pour l'assuré		sans reste à charge pour l'assuré		sans reste à charge pour l'assuré		sans reste à charge pour l'assuré	
Équipements hors 100% Santé								
Adulte								
Monture	49 €		99 €		100 €		100 €	
Verre simple	30 €		52 €		70 €		97 €	
Verre complexe	82 €		133 €		172 €		252 €	
Verre très complexe	85 €		135 €		174 €		288 €	
Enfant								
Monture	44 €		45 €		56 €		66 €	
Verre simple	30 €		52 €		70 €		97 €	
Verre complexe	53 €		82 €		105 €		156 €	
Verre très complexe	53 €		82 €		105 €		156 €	
Prestation d'adaptation des verres par l'opticien	100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV	
Lentilles								
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables)	5 % PMSS par an, au delà min TM		6 % PMSS par an, au delà min TM		7 % PMSS par, au-delà min TM		8 % PMSS par, au-delà min TM	
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	4,5 % PMSS par an		6 % PMSS par an		7 % PMSS par an		8 % PMSS par an	
Autres actes								
Chirurgie réfractive	29465 % PMSS par oeil et par an		29465 % PMSS par oeil et par an		29465 % PMSS par oeil et par an		29465 % PMSS par oeil et par an	
AIDES AUDITIVES								
Limité à un appareillage par oreille tous les 4 ans								
Équipements 100% Santé (à compter du 1^{er} janvier 2021)	sans reste à charge pour l'assuré		sans reste à charge pour l'assuré		sans reste à charge pour l'assuré		sans reste à charge pour l'assuré	
Équipements hors 100% Santé								
Aides auditives dans la limite de 1700€ TTC par aide auditive y compris SS	10,804 % PMSS par oreille		29,465 % PMSS par oreille		29,465 % PMSS par oreille		34,376 % PMSS par oreille	
Autres actes								
Accessoires et fournitures (y compris Piles remboursées par la SS)	TM		TM		TM		TM	
AUTRES ACTES								
Cures Thermales (remboursées par la SS)								
Cures thermales acceptées	7,857 % PMSS		9,822 % PMSS		9,822 % PMSS		9,822 % PMSS	
Maternité								
Allocation naissance ou adoption	7,857 % PMSS par enfant		7,857 % PMSS par enfant		7,857 % PMSS par enfant		7,857 % PMSS par enfant	
Médecine douce								
Ostéopathie, Nutritionniste/Diététicien, Acupuncteur, Chiropractie, Etiopathie, Homéopathie, Psychomotricité, Pédicure/Podologue, Psychologue	20 € par séance (limité à 3 séances par an et par bénéficiaire)		30 € par séance (limité à 3 séances par an et par bénéficiaire)		30 € par séance (limité à 3 séances par an et par bénéficiaire)		30 € par séance (limité à 3 séances par an et par bénéficiaire)	
Podologue	60 € par an et par bénéficiaire		60 € par an et par bénéficiaire		60 € par an et par bénéficiaire		60 € par an et par bénéficiaire	
Obsèques								
Frais d'obsèques par bénéficiaire (limités au frais réels)	50 % PMSS		50 % PMSS		50 % PMSS		50 % PMSS	
PREVENTION								
Actes de prévention selon la liste de l'arrêté du 8 juin 2006	TM		TM		TM		TM	
Vaccins non remboursés par la SS	50 € par an et par bénéficiaire		50 € par an et par bénéficiaire		50 € par an et par bénéficiaire		50 € par an et par bénéficiaire	
Détartrage complet sus et sous gingival des dents	TM		TM		TM		TM	

Exemples	Précisions éventuelles	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement	Taux SS	Remboursement Sécurité Sociale	Option A (Base obligatoire) (prestations en complément de la Sécurité Sociale)		Option B (prestations sous déduction de l'Option A (Base obligatoire))		Option C (prestations sous déduction de l'Option A (Base obligatoire))		Option D (prestations sous déduction de l'Option A (Base obligatoire))	
						Remboursement COLONNA	Reste à charge	Remboursement COLONNA	Reste à charge	Remboursement COLONNA	Reste à charge	Remboursement COLONNA	Reste à charge
SOINS DENTAIRES													
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires		25,00 €	25,00 €	70,00%	16,50 €	7,50 €	1,00 € *	7,50 €	1,00 € *	7,50 €	1,00 € *	7,50 €	1,00 € *
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires		30,00 €	30,00 €	70,00%	20,00 €	9,00 €	1,00 € *	9,00 €	1,00 € *	9,00 €	1,00 € *	9,00 €	1,00 € *
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM)		44,00 €	30,00 €	70,00%	21,00 €	9,00 €	14,00 €	22,50 €	0,50 €	23,00 €	0,50 €	23,00 €	0,50 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM)		56,00 €	23,00 €	70,00%	16,10 €	6,90 €	33,00 €	12,65 €	27,25 €	18,40 €	27,25 €	29,90 €	27,25 €
HOSPITALISATION													
Forfait hospitalier en court séjour	Tarif réglementaire	20,00 €	0,00 €	0,00%	0,00 €	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €
Honoraire du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM)	Extraction extracapsulaire du cristallin par Phakoémulsification	355,00 €	271,70 €	80,00%	217,36 €	54,34 €	83,30 €	54,34 €	83,30 €	54,34 €	83,30 €	54,34 €	83,30 €
Honoraire du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM)	Extraction extracapsulaire du cristallin par Phakoémulsification	431,00 €	271,70 €	80,00%	217,36 €	54,34 €	159,30 €	54,34 €	159,30 €	54,34 €	159,30 €	54,34 €	159,30 €
DENTAIRE													
Débrantage	Tarif conventionnel	28,92 €	28,92 €	70,00%	20,24 €	8,68 €	0,00 €	8,68 €	0,00 €	8,68 €	0,00 €	8,68 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100 % santé)	Honoraire limite de facturation	500,00 €	120,00 €	70,00%	84,00 €	416,00 €	0,00 €	416,00 €	0,00 €	416,00 €	0,00 €	416,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	Couronne dentaire dentoportée céramométallique sur prémolaires	538,70 €	120,00 €	70,00%	84,00 €	186,00 €	268,70 €	284,40 €	170,30 €	315,60 €	170,30 €	398,40 €	170,30 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	Couronne dentaire dentoportée céramométallique sur molaires	538,70 €	107,50 €	70,00%	75,25 €	166,63 €	296,83 €	254,78 €	208,68 €	282,73 €	208,68 €	356,90 €	208,68 €
OPTIQUE (les garanties sont exprimées sous déduction des remboursements de la Sécurité sociale, hors lentilles et charge réfractive)													
Équipement relevant du "Panier 100% Santé"													
Bénéficiaire > 16 ans													
Monture	Prix limite de vente	30,00 €	9,00 €	60,00%	5,40 €	24,60 €	0,00 €	24,60 €	0,00 €	24,60 €	0,00 €	24,60 €	0,00 €
avec 2 verres unifocaux dont la sphère est de -2,25 à -4,00 ou +2,25 à +4,00	Prix limite de vente	95,00 €	28,50 €	60,00%	17,10 €	77,90 €	0,00 €	77,90 €	0,00 €	77,90 €	0,00 €	77,90 €	0,00 €
Autres équipements (hors 100% Santé)													
Bénéficiaire > 16 ans													
Monture	Prix moyen national de vente	145,00 €	0,05 €	60,00%	0,03 €	48,97 €	96,00 €	98,97 €	46,00 €	99,97 €	46,00 €	99,97 €	46,00 €
avec 2 verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -2 à -4	Prix moyen national de vente	500,00 €	0,10 €	60,00%	0,06 €	59,94 €	440,00 €	103,94 €	396,00 €	139,94 €	396,00 €	193,94 €	396,00 €
SOINS AUDITIFS													
Aide auditive par oreille (100% santé)	Prix limite de vente	1 100,00 €	350,00 €	60,00%	210,00 €	890,00 €	0,00 €	890,00 €	0,00 €	890,00 €	0,00 €	890,00 €	0,00 €
Aide auditive par oreille (hors 100% santé)	Prix moyen national de vente	1 478,00 €	350,00 €	60,00%	210,00 €	370,36 €	1 315,64 €	1 010,06 €	255,94 €	1 010,06 €	255,94 €	1 178,41 €	87,59 €

*Reste à charge égal à la participation forfaitaire de 1 euro

LEXIQUE

Les montants sont exprimés dans le respect des honoraires limites de facturation pour le poste dentaire et des prix limites de vente pour le poste optique.

BRRSS : Base de Remboursement Reconstituée de la Sécurité sociale

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé

FR : Frais réels

HLF : Honoraire Limite de Facturation

PLV : Prix Limite de Vente

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

SS : Sécurité sociale

TM : Ticket Modérateur

TTC : Toutes Taxes Comprises

En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité sauf mentions particulières au tableau. Lorsque la Sécurité sociale intervient, le régime prend à minima en charge le Ticket modérateur conformément à la réglementation. Les prestations énoncées dans les tableaux ci-dessus s'appliquent lorsque le patient respecte le parcours de soins coordonnés. En cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, ni les dépassements d'honoraires autorisés, ni la majoration du ticket modérateur ne sont pris en charge.

COMMENT CHANGER D'OPTION

– Pour augmenter vos garanties (passage à une option supérieure) :

Il suffit de retourner à COLONNA FACILITY un nouveau Bulletin individuel d'affiliation (ce document est téléchargeable sur l'Intranet COMPASS et disponible sur demande auprès de votre responsable).

– Pour diminuer vos garanties (passage à une option inférieure) :

Ce changement n'est autorisé qu'en cas d'évolution de votre situation familiale (mariage, divorce, naissance, sortie d'un enfant à charge, décès d'un ayant droit...) ou perte d'emploi justifiée du conjoint, partenaire de PACS ou concubin. La demande doit être faite dans un délai de 3 mois. Il s'effectue en retournant à COLONNA FACILITY un nouveau Bulletin individuel d'affiliation accompagné des pièces justificatives demandées (ce document est téléchargeable sur l'Intranet COMPASS et disponible sur demande auprès de votre responsable).

Tout changement d'option prend effet le 1er jour du mois suivant la réception de la demande. En tout état de cause, une fois la modification effectuée, l'assuré ne peut plus changer d'option pendant un délai de 2 ans, sauf en cas de changement de situation familiale ou de perte d'emploi justifiée du conjoint, partenaire ou concubin.

COMMENT FAIRE BENEFICIER VOTRE FAMILLE DU REGIME

Sous réserve d'une cotisation supplémentaire, vous pouvez faire bénéficier votre famille de votre couverture.

Il suffit pour cela de compléter et retourner à COLONNA FACILITY un Bulletin individuel d'affiliation (téléchargeable sur l'Intranet COMPASS et disponible sur demande auprès de votre responsable), accompagné des pièces justificatives demandées et téléchargeable sur l'intranet COMPASS.

La couverture de la famille prend effet le même jour que vous si la demande est faite conjointement à la vôtre, ou au 1er jour du mois suivant la demande, si cette dernière est postérieure.

PEUVENT BENEFICIER DU REGIME

▶ votre conjoint (marié(e))

▶ en l'absence de conjoint, votre partenaire de Pacte Civil de Solidarité (PACS), sous réserve de la présentation d'une attestation de PACS datée de moins de 3 mois et délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance

▶ en l'absence de conjoint ou de partenaire de PACS, votre concubin, sous réserve de la présentation d'un justificatif de la situation de concubinage

▶ vos enfants et, s'ils vivent au foyer ou s'ils sont rattachés fiscalement au foyer, ceux de votre conjoint, partenaire de PACS ou concubin :

▪ âgés de moins de 18 ans à charge au sens de la Sécurité Sociale,

▪ âgés de moins de 26 ans à charge au sens de la législation fiscale, à savoir :

- les enfants pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abatement applicable au revenu imposable,
- les enfants auxquels vous servez une pension alimentaire retenue sur votre avis d'imposition au titre d'enfant à charge déductible du revenu global,
- quel que soit leur âge et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) à charge au sens de la législation fiscale définie ci-après :

✓ pris en compte dans le calcul du quotient familial,

✓ ouvrant droit à un abatement au revenu imposable,

✓ bénéficiaires d'une pension alimentaire que vous êtes autorisé à déduire de votre revenu imposable.

▶ toute **personne à votre charge** au sens de la législation fiscale.

QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE COTISATION POUR 2021 ?

L'OPTION A isolé est à adhésion obligatoire

Pour rappel, la participation patronale n'est pas exonérée d'impôt sur le revenu et donc intégrée dans le calcul du revenu fiscal.

Les cotisations sont exprimées en euros sur la base du PMSS à 3 428 € au 1er janvier 2021.

VOUS RELEVEZ DU REGIME GENERAL :

Cotisations <u>NON CADRE</u>		Cotisation globale	Cotisation à la charge du salarié
OPTION A	Salarié seul	59.07€	8.48€
	2 bénéficiaires	96.10€	45.51€
	3 bénéficiaires et +	102.76€	52.17€
OPTION B	Salarié seul	68.31€	17.72€
	2 bénéficiaires	117.98€	67.39€
	3 bénéficiaires et +	127.40€	76.81€
OPTION C	Salarié seul	72.81€	22.22€
	2 bénéficiaires	129.78€	79.19€
	3 bénéficiaires et +	140.70€	90.11€
OPTION D	Salarié seul	81.05€	30.46€
	2 bénéficiaires	148.61€	98.02€
	3 bénéficiaires et +	162.13€	111.54€

Cotisations <u>CADRE</u>		Cotisation globale	Cotisation à la charge du salarié
OPTION A	Salarié seul	79.34€	28.75€
	2 bénéficiaires	118.07€	67.48€
	3 bénéficiaires et +	127.50€	76.91€
OPTION B	Salarié seul	88.67€	38.08€
	2 bénéficiaires	137.75€	87.16€
	3 bénéficiaires et +	149.68€	99.09€
OPTION C	Salarié seul	103.19€	52.60€
	2 bénéficiaires	147.44€	96.85€
	3 bénéficiaires et +	160.60€	110.01€
OPTION D	Salarié seul	109.19€	58.60€
	2 bénéficiaires	176.48€	125.89€
	3 bénéficiaires et +	190.54€	139.95€

2. bénéficiaires = le salarié + 1 membre de sa famille
3. bénéficiaires et + = le salarié + tous les membres de sa famille

QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE COTISATION POUR 2021 ?

L'OPTION A isolé est à adhésion obligatoire

Pour rappel, la participation patronale n'est pas exonérée d'impôt sur le revenu et donc intégrée dans le calcul du revenu fiscal.

Les cotisations sont exprimées en euros sur la base du PMSS à 3 428 € au 1er janvier 2021.

VOUS RELEVEZ DU REGIME ALSACE MOSELLE :

Cotisations <u>NON CADRE</u>		Cotisation globale	Cotisation à la charge du salarié
OPTION A	Salarié seul	42.80€	7.94€
	2 bénéficiaires	56.12€	21.26€
	3 bénéficiaires et +	59.73€	24.87€
OPTION B	Salarié seul	51.39€	16.53€
	2 bénéficiaires	74.09€	39.23€
	3 bénéficiaires et +	79.97€	45.11€
OPTION C	Salarié seul	57.60€	22.74€
	2 bénéficiaires	87.39€	52.53€
	3 bénéficiaires et +	94.94€	60.08€
OPTION D	Salarié seul	65.08€	30.22€
	2 bénéficiaires	105.13€	70.27€
	3 bénéficiaires et +	115.09€	80.23€

Cotisations <u>CADRE</u>		Cotisation globale	Cotisation à la charge du salarié
OPTION A	Salarié seul	66.22€	15.63€
	2 bénéficiaires	87.76€	37.17€
	3 bénéficiaires et +	93.35€	42.76€
OPTION B	Salarié seul	75.34€	24.75€
	2 bénéficiaires	107.32€	56.73€
	3 bénéficiaires et +	115.38€	64.79€
OPTION C	Salarié seul	90.02€	39.43€
	2 bénéficiaires	135.46€	84.87€
	3 bénéficiaires et +	147.09€	96.50€
OPTION D	Salarié seul	95.96€	45.37€
	2 bénéficiaires	144.58€	93.99€
	3 bénéficiaires et +	155.33€	104.74€

Les cotisations étant exprimées dans le contrat en % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, elles évoluent chaque année en suivant l'indexation du PMSS, et éventuellement en cas d'évolution réglementaire.

Le **salarié en arrêt de travail** pour maladie, accident ou maternité est exonéré de cotisation à l'expiration de la période de maintien de salaire par l'employeur.