

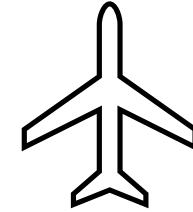
Airbus Defence and Space

Comment bien choisir votre complémentaire santé et prévoyance à la retraite ?

13/02/26

Sommaire

- 01 Introduction : la couverture collective
- 02 Vos besoins
- 03 Votre couverture Santé
- 04 Votre couverture Prévoyance
- 05 Nos engagements
- 06 Notre efficacité
- 07 A retenir
- 08 Questions/Réponses



1- INTRODUCTION

Au jour de votre départ

Depuis votre embauche par Airbus Defence and Space, vous avez rejoint la grande famille de l'aéronautique et de l'aérospatiale civile et militaire.

Vous bénéficiez d'une couverture santé et prévoyance souscrite par votre employeur pour vous et votre famille, accompagnée d'un bouquet de services.

Lors de votre départ à la retraite, l'ensemble de vos garanties cessent.

IPECA continue de vous accompagner au sein de la communauté aéronautique, spatial et défense dans la poursuite de votre protection sociale complémentaire.



1- INTRODUCTION

En Santé : **ce qui n'est plus couvert** AU 1ER JOUR DE VOTRE RETRAITE

SOINS COURANTS



- Consultations généralistes/spécialistes
- Pharmacie
- Laboratoires
- Matériel médical, etc



OPTIQUE

- Equipement optique : verres et monture
- Lentilles
- Chirurgie réfractive

DENTAIRE



- Soins dentaires
- Orthodontie
- Prothèses dentaires
- Implants dentaires
- Couronnes dentaires

AIDES AUDITIVES



- Prothèses auditives
- Piles, accessoires consommables

HOSPITALISATION



- Honoraires médicaux/chirurgicaux
- Frais de séjour
 - Forfait journalier
 - Chambre particulière
 - Transports

AUTRES PRESTATIONS REMBOURSEES OU NON SECURITE SOCIALE



- Cures thermales
- Vaccins
- Médecine douce (Ostéopathe, Chiropracteur, Etiopathe, ...)

1- INTRODUCTION

En Prévoyance : **ce qui n'est plus couvert AU 1ER JOUR DE VOTRE RETRAITE**

INCAPACITE TEMPORAIRE

- Maintien de salaire **employeur**
- Versement d'indemnités journalières par la **Sécurité sociale**
- Versement d'indemnités complémentaires par **IPECA**



INVALIDITE

- Versement d'une pension d'invalidité par la **Sécurité sociale**
- Versement d'une rente d'invalidité par **IPECA**



DECES

- Versement d'un capital décès par la **Sécurité sociale** (3 977 € au 1er avril 2025)
- Versement d'un capital Décès et/ou d'une rente éducation par **IPECA**

1- INTRODUCTION

EN SANTE : CE QUI EST PROPOSÉ AU 1ER JOUR DE VOTRE RETRAITE

Dispositif Loi Evin

Maintien des garanties à l'identique (hors sur complémentaire facultative)

Attention ! Exclusion du conjoint et des enfants qui ne peuvent pas s'affilier en leurs noms

Majoration des cotisations dès la 2ème année de 25% et 25% supplémentaire la 3ème année

Affinit'Air Solidaire et Responsable

Couvre tous les niveaux de besoins et s'adapte à tous les budgets :

Basique – Intermédiaire – Elevé – Optimal

Energie

Un seul niveau de garantie

Conçu historiquement pour les anciens salariés d'Airbus Defence and Space et les ayants droits précédemment couverts

EN PREVOYANCE : CE QUI EST PROPOSÉ AU 1ER JOUR DE VOTRE RETRAITE

Décès Accidentel et Frais d'obsèques toutes causes de décès

Anticiper les **frais liés aux obsèques** pour permettre aux, **conjoint et enfants, de faire face**

Hospitalisation Participation financière

Faire face à une **hospitalisation prévue comme imprévue et aux difficultés financières**

2. VOS BESOINS

CHOISIR **UNE COUVERTURE SANTÉ** ADAPTÉE, C'EST AVANT TOUT DÉFINIR SES BESOINS

SOINS COURANTS

Consultation généraliste et spécialiste, radiologie et laboratoire

Consultez vous des médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires ?

Jamais	Moins de 3 fois par an	Entre 3 et 10 fois par an	Plus de 10 fois par an
--------	------------------------	---------------------------	------------------------

A quelle fréquence avez-vous des actes de radiologie avec dépassements d'honoraires ?

Jamais	Moins de 3 fois par an	Entre 3 et 10 fois par an	Plus de 10 fois par an
--------	------------------------	---------------------------	------------------------

La **fréquence et le montant** des **dépassements d'honoraires** sont des indicateurs précieux pour définir son niveau de couverture.

RAPPEL !

Le **100% santé*** s'applique dès le **1^{er} niveau de couverture** pour les équipements du panier de soins en **OPTIQUE, AIDE AUDITIVE et DENTAIRE**

OPTIQUE

Equipement optique : Lunettes et lentilles

Portez vous des lunettes et/ou lentilles ?

OUI	NON
-----	-----

Pour mes lunettes et/ou lentilles, je souhaite une couverture :

Basique	Intermédiaire	Elevée	Optimale
---------	---------------	--------	----------

Le **coût de la monture et des verres** ou des **lentilles** aide à définir son niveau de couverture.

***100% Santé**: dispositif mis en place par le gouvernement pour lutter contre le renoncement aux soins par les assurés.

2. VOS BESOINS

DENTAIRE

Actes prothétiques et implants dentaires, autres actes dentaires non couverts par la SS

Pour mes besoins de soins et prothèses dentaires, je souhaite une couverture :

Basique	Intermédiaire	Elevée	Optimale
---------	---------------	--------	----------

Pour mes besoins dentaires non pris en charge par la sécurité sociale, je souhaite une couverture :

Basique	Intermédiaire	Elevée	Optimale
---------	---------------	--------	----------



Il y a très rarement des dépassements d'honoraires sur les **soins dentaires** pour lesquels le tarif de convention de la sécurité sociale est généralement appliqué. Les **implants dentaires** ne sont **pas couverts** par la SS.

AUDIOLOGIE

Prothèses auditives et accessoires

Je porte un appareil auditif ?

OUI	NON
-----	-----

Pour mes prothèses auditives, je souhaite une couverture :

Basique	Intermédiaire	Elevée	Optimale
---------	---------------	--------	----------



Le coût de l'appareil auditif aide à définir son niveau de couverture.

2. VOS BESOINS

Autres actes non remboursés par la sécurité sociale

Médecine douce, cure thermique, vaccin, automédication

Je consulte des professionnels de santé non remboursés par la sécurité sociale : ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, étiopathe, diététicien, podologue, psychomotricien, ostéodensitométrie, sophrologue



Le **nombre et le coût** des séances de médecine douce aident à définir son niveau couverture.
Le **coût et la durée** des cures thermales aident à définir son niveau de couverture.

Basique

Intermédiaire

Elevée

Optimale

J'ai des besoins de cure thermique :

Basique

Intermédiaire

Elevée

Optimale

HOSPITALISATION

Honoraires médicaux et chirurgicaux, frais de séjour et chambre particulière

Je souhaite une couverture pour les honoraires médicaux et chirurgicaux :

Basique

Intermédiaire

Elevée

Optimale



L'hospitalisation est un poste de couverture comportant **beaucoup d'imprévus**.
Exemples : accident, longue hospitalisation, éloignement du domicile, pathologie nécessitant de se rendre dans un hôpital reconnu pour une spécialité, honoraires chirurgicaux.

Basique

Intermédiaire

Elevée

Optimale

2. VOS BESOINS

CHOISIR **UNE COUVERTURE PRÉVOYANCE** ADAPTÉE, C'EST AVANT
TOUT DÉFINIR SA SITUATION

COUVERTURE DECES ET FRAIS D'OBSEQUES

Souhaitez vous maintenir une couverture en cas de décès accidentel?

OUI

NON

Si oui, je souhaite une couverture :

Basique : 20 000€

Intermédiaire : 50 000€

Renforcée : 100 000€

Souhaitez vous maintenir une couverture en cas de décès toutes causes pour les frais d'obsèques?

OUI : 2 500€

NON



Souvent oubliée, la couverture en cas de décès permet aux proches de **faire face aux difficultés financières** en cas de disparition soudaine.

COUVERTURE PARTICIPATION FINANCIERE HOSPITALISATION

Je souhaite me prémunir des "aléas du risque" en cas d'hospitalisation :

OUI

NON

Le versement d'indemnité forfaitaire journalière, me convient :

OUI

NON

Si oui, je souhaite une indemnité forfaitaire journalière de :

Basique : 20€ / Jour

Intermédiaire : 50€ / Jour

Renforcée : 100€ / Jour



Une longue hospitalisation peut engendrer des **frais lourds et imprévus** qui vont au-delà de la couverture santé.

2. VOS BESOINS

IPECA

IPECA prend soin de vous
et de votre santé en toute tranquillité !

Formulaire à renvoyer complété en amont de la
demande d'étude de besoins, de conseils ou/et
d'adhésion

FORMULAIRE DE RECUEIL DES BESOINS AVANT SOUSCRIPTION

En application de la réglementation relative à la distribution de produits d'assurance, ce document est destiné à formaliser vos besoins pour
l'étude d'une adhésion à un contrat Frais de santé et Prévoyance

Réservé aux anciens salariés



**Coordonnées complètes à
renseigner**

Nom * _____ Prénom * _____
Numéro de participant * _____ (présent sur courrier de bienvenue et carte de tiers payant)
Tél. mobile * ____/____/____/____/____ Tél. fixe * ____/____/____/____/____
Date de naissance * _____
Courriel * _____@_____

▲ * Mentions nécessaires

**Vous êtes un ancien salarié et souhaitez, si cela correspond à vos besoins, bénéficier avec IPECA PRÉVOYANCE, d'une garantie :
EN SANTE :**

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| ► Soins courants et hospitalisation | ☐ | ► Soins et actes prothétiques dentaires | ☐ |
| ► Équipement optique | ☐ | ► Implantologie et parodontie | ☐ |
| ► Équipement auditif | ☐ | ► Actes de médecine douce | ☐ |



**Cochez les postes de garanties
qui vous concernent**

2. VOS BESOINS

Au regard des besoins exprimés, la couverture la plus adaptée est :

→ Une couverture santé réglementaire : ☐ Maintien de la couverture collective, ancien salarié seul* ➤ Dispositif LOI EVIN
(*dispositif accessible pendant 6 mois à compter du 1^{er} jour de la fin de la couverture collective)

→ Une couverture santé Responsable avec 4 niveaux de garanties et 3 modules de renfort* : ➤ Affinit’Air

- | | | | |
|--|---------------|--|------------|
| ☐ Optimale | ➤ INTÉGRALE | | |
| ☐ Élevée | ➤ RENFORCÉE | ☐ Soins courants, aides auditives, hospitalisation et cures thermales | ➤ Module A |
| ☐ Intermédiaire | ➤ ÉQUILIBRE | ☐ Optique et dentaire pris en charge par la S.S | ➤ Module B |
| ☐ Basique | ➤ ESSENTIELLE | ☐ Optique, dentaire et médecines douces non pris en charge par la S.S | ➤ Module C |

*les modules de renfort sont associés uniquement aux garanties ESSENTIELLE, ÉQUILIBRE ET RENFORCÉE

EN PRÉVOYANCE :

➤ Vous souhaitez bénéficier d’un capital en cas de décès accidentel comprenant également une prestation obsèques ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, pour quel montant de capital ? ☐ 20 000 € ☐ 50 000 € ☐ 100 000 €

▲ Une seule case à cocher en décès accidentel

Les 3 niveaux prévoient le versement de 2 500 € pour les frais d’obsèques quelle que soit la cause du décès.

➤ Vous souhaitez renforcer votre couverture santé en bénéficiant d’une indemnité journalière suite à une hospitalisation ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, pour quel montant ? ☐ 20 € / jour ☐ 50 € / jour ☐ 100 € / jour

▲ Une seule case à cocher en indemnité journalière

Fait à _____ Le _____
Signature

Si vous souhaitez opter pour le dispositif LOI EVIN, cochez la case correspondant à votre besoin

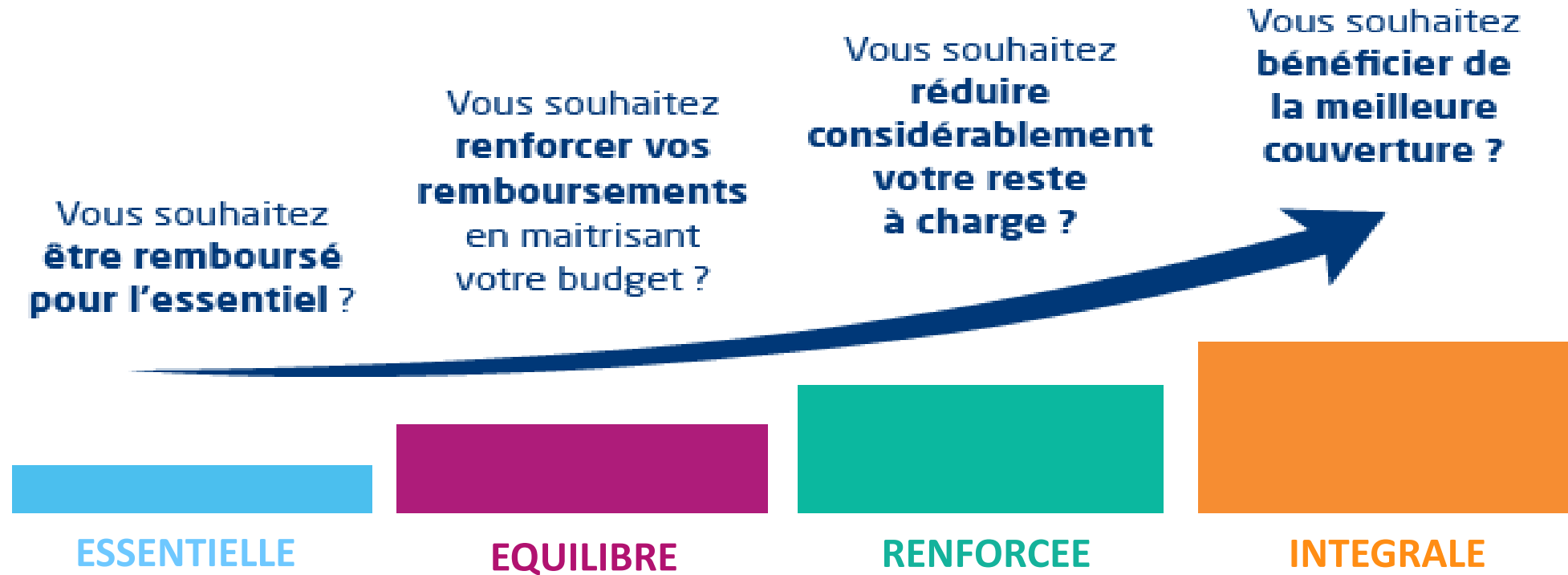
Si vous souhaitez opter pour la couverture Affinit’Air, cochez le niveau de couverture et le ou les modules de renfort correspondant à vos besoins

Si vous souhaitez maintenir une couverture pour le Décès accidentel et frais d’obsèques cochez « Oui » et le montant correspondant à votre besoin

Si vous souhaitez bénéficier d’indemnités journalières en cas d’hospitalisation cochez « Oui » et le montant correspondant à votre besoin

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

Affinit'Air : 4 niveaux de couverture évolutifs selon vos besoins



3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

Affinit'Air : 3 modules de renfort individualisés et personnalisés

Vous souhaitez un **renfort**
sur les soins courants,
les aides auditives,
l'hospitalisation et
les cures thermales ?



MODULE A

Vous souhaitez un **renfort sur**
l'optique et le **dentaire**
pris en charge par la
Sécurité sociale ?



MODULE B

Vous souhaitez un **renfort**
sur le dentaire, l'optique et
les actes de médecines
douces non pris en charge
par la Sécurité sociale ?



MODULE C

Les garanties **ESSENTIELLE, ÉQUILIBRE** et **RENFORCÉE** peuvent être complétées par **3 modules « renfort » optionnels et cumulables** répondant à vos besoins personnels.

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

Affinit'Air : UNE COUVERTURE SUR MESURE ET INTERGENERATIONNELLE

Pour une adhésion dans les 12 mois à compter du départ à la retraite.

LES POINTS FORTS :

- **Economique et solidaire :**

- Adaptée à tous les budgets, sans **évolution tarifaire liée à l'âge** durant toute la durée de vie du contrat , avec un **d'abattement 15% à vie** sur la cotisation du conjoint lors d'une adhésion en couple

- **Souple , modulable et ajustable :**

- **4 niveaux** de couverture et **3 modules** de renforts, accessibles sans limite d'âge.
- **3 modules** personnalisés et individualisés

- **Innovante :**

- Participation sur les **actes innovants : implant, parodontologie, médecines douces.**
- Maintien de l'Assistance, du réseau de soins et des services inclus quel que soit le niveau de garanties.

- **Affinitaire :**

- Offre dédiée **exclusivement aux anciens salariés** de la communauté Aéronautique, Espace et Défense

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ



- ✓ **Impose un minima de couverture** dit panier de soins :
 - ❖ Prise en charge du **ticket modérateur**, du **forfait journalier hospitalier** sans limitation de durée et **du forfait patient urgences**
 - ❖ Prise en charge du **100 % santé ou Reste à Charge Zéro (RAC*)** en Optique, Dentaire et Aides auditives.
- ✓ **Plafonds** de remboursement (exemple 100€ la monture optique)
- ✓ **Limitations** (exemple renouvellement optique tous les 2 ans)
- ✓ **Taxation moins forte** (TSCA : taxe sur les contrats d'assurance) à **13,27%** au lieu de **20,27% pour un contrat non responsable**

*RAC : signifie « Reste à Charge », c'est-à-dire les sommes restant à payer après la participation de la Sécurité sociale et des organismes de santé complémentaires

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

		Affinit'Air			
		Essentielle	Équilibre	Renforcée	Intégrale
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Consultation généraliste	Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	100% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	400% de la BR
	Non signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	100% de la BR	130% de la BR	160% de la BR	200% de la BR
Consultation spécialiste	Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	100% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	400% de la BR
	Non signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	100% de la BR	130% de la BR	160% de la BR	200% de la BR
Actes techniques médicaux	Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	100% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	400% de la BR
	Non signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	100% de la BR	130% de la BR	160% de la BR	200% de la BR
Radiologie y compris ostéodensitométrie, échographie et imagerie médicale	Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	100% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	400% de la BR
	Non signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	100% de la BR	130% de la BR	160% de la BR	200% de la BR
Sage-femme		100% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	400% de la BR
Honoraires paramédicaux		100% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	400% de la BR
Analyses et examens en laboratoire		100% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	400% de la BR
Médicaments		100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Matériel médical		100% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	400% de la BR

Prise en charge du
Ticket Modérateur

Prise en charge modérée
des dépassements
d'honoraires

Prise en charge élevée des
dépassements d'honoraires

Prise en charge optimale des
dépassements d'honoraires

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

100% santé
sur les équipements du
panier de soins

100% santé sur les équipements du panier de soins		Affinit'Air			
		Essentielle	Équilibre	Renforcée	Intégrale
OPTIQUE					
Équipements 100 % Santé (Classe A) Remboursement Sécurité Sociale et TM inclus					
Verres	100% des FR Dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés pour la classe à prise en charge renforcée (Classe A)	100% des FR Dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés pour la classe à prise en charge renforcée (Classe A)	100% des FR Dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés pour la classe à prise en charge renforcée (Classe A)	100% des FR Dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés pour la classe à prise en charge renforcée (Classe A)	Remboursement optimal au plafond du contrat responsable
Monture					
Supplément					
Appairage					
Adaptation					
Équipements hors 100 % Santé (Classe B) Remboursement Sécurité Sociale et TM inclus dans la limite des planchers et plafonds du décret					
Verre simple :	40€ par verre	80€ par verre	120€ par verre	160€ par verre	Remboursement optimal sur postes non remboursés par la Sécurité sociale
Verre complexe :	80€ par verre	130€ par verre	180€ par verre	230€ par verre	
Verre hyper complexe :	90€ par verre	160€ par verre	230€ par verre	300€ par verre	
Monture	40€ par monture	60€ par monture	80€ par monture	100€ par monture	
Appairage	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	
Adaptation	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	
Supplément	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	
Lentilles de contact correctives remboursées par la Sécurité sociale en complément du remboursement de la sécurité sociale	40€ par année civile et par bénéficiaire	80€ par année civile et par bénéficiaire	120€ par année civile et par bénéficiaire	270€ par année civile et par bénéficiaire	
Lentilles de contact correctives non remboursées par la Sécurité sociale y compris produits d'entretien	80€ par année civile et par bénéficiaire	120€ par année civile et par bénéficiaire	160€ par année civile et par bénéficiaire	580€ par année civile et par bénéficiaire	
Chirurgie réfractive	Non pris en charge	300€ par année civile et par bénéficiaire	600€ par année civile et par bénéficiaire	1 000€ par année civile et par bénéficiaire	

Poste non pris en charge
Sécurité sociale

Remboursement élevé sur lentilles et chirurgie réfractive non pris en charge par la Sécurité sociale

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

100% santé
sur les équipements du
panier de soins

	Affinit'Air			
	Essentielle	Équilibre	Renforcée	Intégrale
AIDES AUDITIVES				
Équipement 100 % santé (Classe I) Remboursement Sécurité Sociale et TM inclus				
Équipement Adulte / Enfant Dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés pour la classe à prise en charge renforcée, (classe I)	100% des FR par oreille	100% des FR par oreille	100% des FR par oreille	100% des FR par oreille
Équipement tarifs libres (Classe II) Remboursement Sécurité Sociale et TM inclus				
Équipement Adulte	500€ par aide auditive sur une période de 4 ans	900€ par aide auditive sur une période de 4 ans	1 300€ par aide auditive sur une période de 4 ans	1 700€ par aide auditive sur une période de 4 ans
Équipement Enfant	1 400€ par aide auditive sur une période de 4 ans	1 500€ par aide auditive sur une période de 4 ans	1 600€ par aide auditive sur une période de 4 ans	1 700€ par aide auditive sur une période de 4 ans
Soins, Piles, accessoires, consommable	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Entretien et réparation d'appareil	40€ par année civile et par bénéficiaire	80€ par année civile et par bénéficiaire	120€ par année civile et par bénéficiaire	270€ par année civile et par bénéficiaire

Remboursement
optimal au plafond
du contrat
responsable

Remboursement
optimal

Remboursement intermédiaire
laissant faible reste à charge

Remboursements élevés

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

100% santé
sur les équipements du
panier de soins

		Affinit'Air			
		Essentielle	Équilibre	Renforcée	Intégrale
DENTAIRE					
Soins		100% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	300% de la BR
Prothèses 100 % santé dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés		100% des FR	100% des FR	100% des FR	100% des FR
Prothèses inclant remboursement de la sécurité sociale	Panier maîtrisé dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés	150% de la BR	200% de la BR	250% de la BR	450% de la BR
	Panier libre	150% de la BR	200% de la BR	250% de la BR	450% de la BR
Inlay onlay	Panier maîtrisé dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés	150% de la BR	200% de la BR	250% de la BR	400% de la BR
	Panier libre	150% de la BR	200% de la BR	250% de la BR	400% de la BR
Prothèse non remboursée par la Sécurité sociale		150% de la BRR	200% de la BRR	250% de la BRR	400% de la BRR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		150% de la BR	200% de la BR	250% de la BR	450% de la BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale		150% de la BRR	200% de la BRR	250% de la BRR	250% de la BRR
Implantologie		Non pris en charge	150€ par année civile et par bénéficiaire	300€ par année civile et par bénéficiaire	700€ par année civile et par bénéficiaire
Parodontologie		Non pris en charge	100€ par année civile et par bénéficiaire	200€ par année civile et par bénéficiaire	200€ par année civile et par bénéficiaire

Remboursement élevé laissant peu ou pas de reste à charge

Remboursement optimal

Dès le niveau Essentielle, prise en charge à 150% sur les prothèses et orthodontie remboursées ou non par la Sécurité sociale

Poste non remboursé par la Sécurité sociale

Remboursement élevé

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

		Affinit'Air			
		Essentielle	Équilibre	Renforcée	Intégrale
HOSPITALISATION					
Honoraires	Signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO	100% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	100% des FR
	Non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO	100% de la BR	130% de la BR	160% de la BR	200% de la BR
Frais annexes		100% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	100% des FR
Forfait journalier hospitalier		100% des FR	100% des FR	100% des FR	100% des FR
Frais de séjour en établissement conventionné		100% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	100% des FR
Frais de séjour en établissement non conventionné		100% de la BR dans la limite de 10 000 € par an et au minimum TM	150% de la BR dans la limite de 10 000 € par an et au minimum TM	200% de la BR dans la limite de 10 000 € par an et au minimum TM	90% des FR dans la limite de 10 000 € par an et au minimum TM
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 17 ans ou d'un adulte de plus de 62 ans à la date de l'admission (lit, repas)		20€ par jour	30€ par jour	40€ par jour	120€ par jour
Chambre particulière		30€ par jour	50€ par jour	70€ par jour	150€ par jour
Frais de transport		100% de la BR	150% de la BR	200% de la BR	100% des FR

Prise en charge du Ticket Modérateur

Prise en charge modérée des dépassements d'honoraires

Prise en charge élevée des dépassements d'honoraires

Prise en charge aux frais réels

Remboursement optimal

Remboursement élevé

Prise en charge aux frais réels

Dès le niveau Essentielle, prise en charge de frais accompagnant et chambre particulière non remboursés par la Sécurité sociale

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

Prise en charge aux frais réels dès le niveau Essentielle

	Affinit'Air			
	Essentielle	Équilibre	Renforcée	Intégrale
AUTRES PRESTATIONS REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE				
Cures thermales sur présentation des justificatifs de dépenses, en complément des prestations de la Sécurité sociale et dans la limite des frais restant à charge	100€ par cure	300€ par cure	500€ par cure	720€ par cure
AUTRES PRESTATIONS NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE				
Cures thermales dans la limite des frais réels sur présentation des justificatifs de dépenses	100€ par cure	300€ par cure	500€ par cure	720€ par cure
Médecine douce (ostéopathie, chiropracteur, étioopathie, diététicien, podologue, psychomotricien, ostéodensitométrie, acupuncteur, sophrologue)	Non pris en charge	50€ par année civile et par bénéficiaire	100€ par année civile et par bénéficiaire	150€ par année civile et par bénéficiaire
Panier automédication (trousse du voyageur incluant rhume et rhinite allergique, contraception Homme et Femme, sevrage tabagique, homéopathie)	Non pris en charge	50€ par année civile et par bénéficiaire	100€ par année civile et par bénéficiaire	150€ par année civile et par bénéficiaire
Vaccins non pris en charge	100% des FR	100% des FR	100% des FR	100% des FR
Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui
Réseau de soins et analyse de devis	Oui	Oui	Oui	Oui
Services : Téléconsultation, Test de vue et opticien en ligne, Deuxième Avis médical et Accompagnement au deuil	Oui	Oui	Oui	Oui

Prise en charge élevée médecine douce et panier automédication

Remboursement optimal

Assistance, réseau de soins et services inclus sur tous les niveaux de garanties

Prise en charge modérée médecine douce et panier automédication

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

Affinit'Air :

- des cotisations qui n'évoluent pas avec l'âge

ESSENTIELLE

Seul 64,19 €
Conjoint 54,56 €*
Enfant 24,49 €

EQUILIBRE

Seul 109,03 €
Conjoint 92,68 €*
Enfant 41,59 €

RENFORCEE

Seul 162,88 €
Conjoint 138,45 €*
Enfant 62,13 €

INTEGRALE

Seul 190,97 €
Conjoint 162,32 €*
Enfant 72,84 €

*Réduction de 15% déjà appliquée sur la cotisation du conjoint lors d'une adhésion en couple.

➡ Engagement de 12 mois minimum par niveau de couverture.

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

Affinit'Air : Essentielle, Equilibre et Renforcée

3 modules de renfort

MODULE A

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux

Consultation généraliste	Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	+ 25 % de la BR
--------------------------	----------------------------------	-----------------

Consultation spécialiste	Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	+ 25 % de la BR
--------------------------	----------------------------------	-----------------

Actes techniques médicaux	Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	+ 25 % de la BR
---------------------------	----------------------------------	-----------------

Radiologie y compris ostéodensitométrie, échographie et imagerie médicale	Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	+ 25 % de la BR
---	----------------------------------	-----------------

Sage-femme		+ 25 % de la BR
------------	--	-----------------

Honoraires paramédicaux		+ 25 % de la BR
-------------------------	--	-----------------

Analyses et examens en laboratoire		+ 25 % de la BR
------------------------------------	--	-----------------

Matériel médical		+ 25 % de la BR
------------------	--	-----------------

AIDES AUDITIVES

Équipement Adulte	+ 200 € par année civile par oreille
-------------------	--------------------------------------

Équipement Enfant	+ 50 € par année civile par oreille
-------------------	-------------------------------------

HOSPITALISATION

Honoraires	Signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO	+ 25 % de la BR
------------	----------------------------------	-----------------

Frais annexes	+ 25 % de la BR
---------------	-----------------

Frais de séjour en établissement conventionné	+ 25 % de la BR
---	-----------------

Frais de séjour en établissement non conventionné	+ 25 % de la BR
---	-----------------

Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 17 ans ou d'un adulte de plus de 62 ans à la date de l'admission (lit, repas)	+ 5 € par jour
--	----------------

Chambre particulière	+ 10 € par jour
----------------------	-----------------

Frais de transport	+ 25 % de la BR
--------------------	-----------------

MATERNITÉ

Frais de séjour en établissement conventionné	+ 25 % de la BR
---	-----------------

Frais de séjour en établissement non conventionné	+ 25 % de la BR
---	-----------------

Chambre particulière	+ 10 € par jour
----------------------	-----------------

AUTRES PRESTATIONS REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Cures thermales (sur présentation des justificatifs de dépenses, en complément des prestations de la Sécurité sociale et dans la limite des frais restant à charge)	+ 100 € par cure
---	------------------

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

➤ Affinit'Air : Essentielle, Equilibre et Renforcée

3 modules de renfort

MODULE B

Actes médicaux remboursés Sécurité sociale

OPTIQUE

Verre simple :	+ 20 € par verre
Verre complexe :	+ 25 € par verre
Verre hyper complexe :	+ 35 € par verre
Monture	+ 10 € par monture
Lentilles de contact correctives remboursées par la Sécurité sociale en complément du remboursement de la sécurité sociale	+ 20 € par année civile et par bénéficiaire

DENTAIRE

Prothèses incluant remboursement de la sécurité sociale	Panier maîtrisé	+ 25 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés
	Panier libre	+ 25 % de la BR
Inlay onlay	Panier maîtrisé	+ 25 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) fixés
	Panier libre	+ 25 % de la BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		+ 25 % de la BR

MODULE C

Actes médicaux non remboursés Sécurité sociale

OPTIQUE

Lentilles de contact correctives non remboursées par la Sécurité sociale y compris produits d'entretien	+ 20 € par année civile et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive	+ 150 € par année civile et par bénéficiaire

DENTAIRE

Prothèse non remboursée par la Sécurité sociale	+ 25 % de la BRR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	+ 25 % de la BRR
Implantologie	+ 75 € par année civile et par bénéficiaire
Parodontologie	+ 50 € par année civile et par bénéficiaire

AUTRES PRESTATIONS NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Cures thermales	+ 100 € par cure dans la limite des frais réels sur présentation des justificatifs de dépenses
Médecine douce (ostéopathie, chiropracteur, étio-pathie, diététicien, podologue, psychomotricien, ostéodensitométrie, acupuncteur, sophrologue)	+ 25 € par année civile et par bénéficiaire
Panier automédication (trousse du voyageur incluant rhume et rhinite allergique, contraception Homme et Femme, sevrage tabagique, homéopathie)	+ 25 € par année civile et par bénéficiaire

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

Affinit'Air :

- des modules à tarifs modérés

MODULE A

6, 62 €

Par mois/bénéficiaire

MODULE B

6, 21 €

Par mois/bénéficiaire

MODULE C

4, 14 €

Par mois/bénéficiaire

➡ **Des cotisations ajustées et maîtrisées s'adaptant à tous les budgets**

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

GARANTIES ÉNERGIE

Toutes les prestations en % de base de remboursement (BR) incluent le remboursement de la Sécurité sociale, toutes les prestations en euros s'ajoutent à l'éventuel remboursement de la Sécurité sociale.

SOINS COURANTS (y compris maternité)			
HONORAIRES MÉDICAUX Signataires ou non d'une Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-ACO)	CONSULTATIONS VISITES GÉNÉRALISTES	Signataires de l'OPTAM / OPTAM-ACO	200 % de la BR
		Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-ACO	180 % de la BR
	CONSULTATIONS VISITES SPÉCIALISTES	Signataires de l'OPTAM / OPTAM-ACO	200 % de la BR
		Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-ACO	180 % de la BR
	ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	Signataires de l'OPTAM / OPTAM-ACO	200 % de la BR
		Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-ACO	180 % de la BR
	RADIOLOGIE, ÉCHOGRAPHIE ET IMAGERIE MÉDICALE	Signataires de l'OPTAM / OPTAM-ACO	200 % de la BR
		Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-ACO	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		230 % de la BR	

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

GARANTIES ÉNERGIE

Toutes les prestations en % de base de remboursement (BR) incluent le remboursement de la Sécurité sociale, toutes les prestations en euros s'ajoutent à l'éventuel remboursement de la Sécurité sociale.

HOSPITALISATION (y compris maternité)		
HONORAIRES Signataires ou non d'une Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-ACO) - Médecins conventionnés ou non	Signataires de l'OPTAM / OPTAM-ACO	275 % de la BR
	Non signataires de l'OPTAM / OPTAM-ACO	200 % de la BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100 % des frais réels illimités dans le temps	
FORFAIT PATIENT URGENCES	100 % des frais réels	
FRAIS ANNEXES	275 % de la BR	
FRAIS DE SÉJOUR	ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ	200 % de la BR
	ÉTABLISSEMENT NON CONVENTIONNÉ	200 % de la BR dans la limite de 10 000 € / année civile et au minimum le Ticket modérateur
CHAMBRE PARTICULIÈRE Établissement conventionné ou non	2 % du PMSS / jour	
FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT Bénéficiaire âgé de moins de 12 ans	1 % du PMSS / jour	
TRANSPORT Remboursé par la Sécurité sociale	100 % de la BR	
SÉJOURS EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX		
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100 % des frais réels illimités dans le temps	
FRAIS DE SÉJOUR	ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ	200 % de la BR
	ÉTABLISSEMENT NON CONVENTIONNÉ	200 % de la BR dans la limite de 10 000 €

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

GARANTIES ÉNERGIE

Toutes les prestations en % de base de remboursement (BR) incluent le remboursement de la Sécurité sociale, toutes les prestations en euros s'ajoutent à l'éventuel remboursement de la Sécurité sociale.

OPTIQUE

Les prestations incluent le remboursement de la Sécurité sociale et le ticket modérateur	Limite de prise en charge : - 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 100 % SANTÉ	VERRES ⁽¹⁾	100 % des frais réels, dans la limite des prix limites de vente fixés pour la classe à prise en charge renforcée, (classe A)
	MONTURE	
	SUPPLÉMENTS Verres et montures à coques	
	APPAIRAGE	
	ADAPTATION	
ÉQUIPEMENT HORS 100 % SANTÉ	MONTURE	100 € la part du forfait non consommée peut être reportée sur la prise en charge des verres
	VERRES ⁽¹⁾	Simple : 160 € / verre Complexes : 275 € / verre Hyper-complexes : 325 € / verre
	SUPPLÉMENTS Verres et montures à coques	100 % de la BR
	ADAPTATION	100 % de la BR

LENTILLES	Remboursées ou non par la Sécurité sociale - les garanties s'ajoutent à l'éventuel remboursement de la Sécurité sociale	16 % du PMSS / année civile
CHIRURGIE RÉFRACTIVE		16 % du PMSS / année civile

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

GARANTIES ÉNERGIE

Toutes les prestations en % de base de remboursement (BR) incluent le remboursement de la Sécurité sociale, toutes les prestations en euros s'ajoutent à l'éventuel remboursement de la Sécurité sociale.

AIDES AUDITIVES		
ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ	AIDES AUDITIVES Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans	100 % des frais réels par oreille, dans la limite des prix limites de vente fixés pour la classe à prise en charge renforcée, (classe I) dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans
	AIDES AUDITIVES Bénéficiaire âgé de moins de 20 ans	
ÉQUIPEMENT HORS 100 % SANTÉ	AIDES AUDITIVES Bénéficiaire âgé de plus de 20 ans - Prestation incluant le remboursement de la Sécurité sociale et le ticket modérateur	1 100 € / oreille dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans
	AIDES AUDITIVES Bénéficiaire âgé de moins de 20 ans - Prestation incluant le remboursement de la Sécurité sociale et le ticket modérateur	1 700 € / oreille dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

GARANTIES ÉNERGIE

Toutes les prestations en % de base de remboursement (BR) incluent le remboursement de la Sécurité sociale,
toutes les prestations en euros s'ajoutent à l'éventuel remboursement de la Sécurité sociale.

DENTAIRE

SOINS

200 % de la BR

PROTHÈSES 100 % Santé

100 % des frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation fixés

PROTHÈSES HORS 100 % SANTÉ

PROTHÈSES PANIER MAÎTRISÉ

Prothèses fixes et amovibles, inlay-cores : 470 % de la BR
Inlays-onlays : 350 % de la BR
dans la limite des honoraires limites de facturation fixés

PROTHÈSES PANIER LIBRE

Prothèses fixes et amovibles, inlay-cores : 470 % de la BR
Inlays-onlays : 350 % de la BR

PROTHÈSES NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

570 € / dent

IMPLANTOLOGIE

Non remboursée par la Sécurité sociale

16 % du PMSS / implant

PARODONTIE

Remboursée ou non par la Sécurité sociale

16 % du PMSS / traitement

ORTHODONTIE

Remboursée par la Sécurité sociale
Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale

275 % de la BR

Non remboursée par la Sécurité sociale

200 € / semestre

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

GARANTIES ÉNERGIE

Toutes les prestations en % de base de remboursement (BR) incluent le remboursement de la Sécurité sociale, toutes les prestations en euros s'ajoutent à l'éventuel remboursement de la Sécurité sociale.

AUTRES PRESTATIONS REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

CURE THERMALE

Les prestations s'ajoutent au remboursement de la Sécurité sociale

18 % du PMSS / cure

PSYCHOLOGUES CONVENTIONNÉS

dans la limite de 12 consultations au maximum par année civile
(remboursement S.s inclus) :

Première consultation d'évaluation : **50 €** / consultation
Autres consultations : **50 €** / consultation

AUTRES PRESTATIONS NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

CURE THERMALE

18 % du PMSS / cure

MÉDECINES DOUCES

Ostéopathe / chiropracteur / étioathe / acupuncteur / diététicien

100 € / année civile

PRIME DE NAISSANCE

950 €

ASSISTANCE

OUI

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

GARANTIES ÉNERGIE

COTISATIONS MENSUELLES 2026	TARIFS APPLICABLES AU 01/01/2026	
	SEUL	COUPLE OU FAMILLE
IPECA ÉNERGIE - MOINS DE 55 ANS	128,66 €	228,82 €
IPECA ÉNERGIE - 55 ANS ET PLUS	166,43 €	303,27 €

3- VOTRE COUVERTURE SANTÉ

DISPOSITIF LOI EVIN

Une couverture santé encadrée

Maintien des garanties santé à l'identique de la couverture santé collective et obligatoire de l'employeur
réservé au salarié seul



Cotisation progressive avec majoration :

Année 1: 100% du tarif actifs

Année 2: **+25% soit 125%**

Année 3: **+25% soit 150%**

Cotisation calculée sur la masse salariale
(incluant part employé et part patronale)

*Dispositif accessible dans les 6 mois qui suivent la
fin des droits collectifs*

4- VOTRE COUVERTURE PRÉVOYANCE

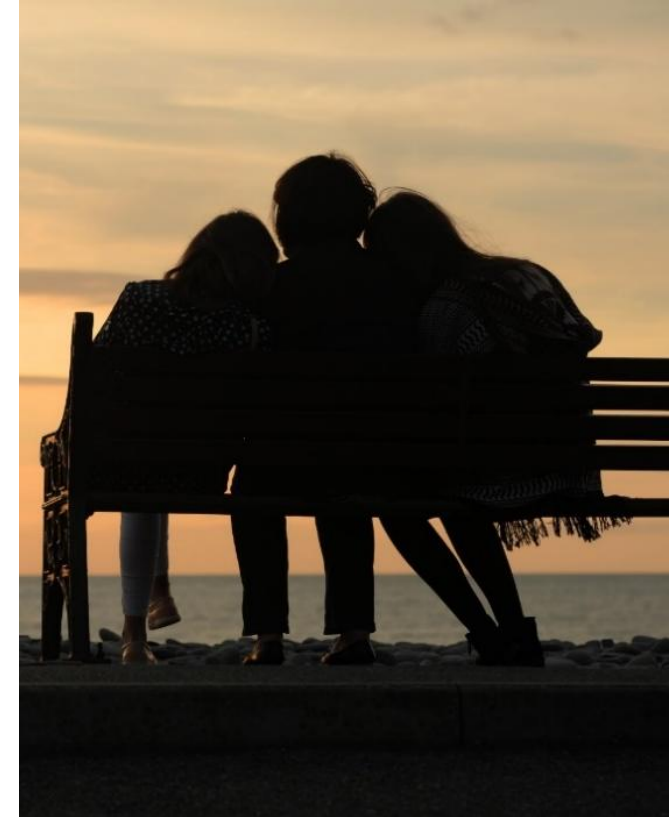
IPECA DECES ACCIDENTEL

- **Capital** de 20 000 €, 50 000 € ou 100 000 € **en cas de Décès par accident**

Les points forts

- Absence de droit de succession sur le capital
- Versement d'une prestation obsèques de 2500€ effectué à la personne ayant réglé **les frais d'obsèques et ce pour toute cause de décès** (maladie ou accident)
- Evolution du montant du capital selon vos besoins*

** Engagement de 12 mois minimum*



4- VOTRE COUVERTURE PRÉVOYANCE

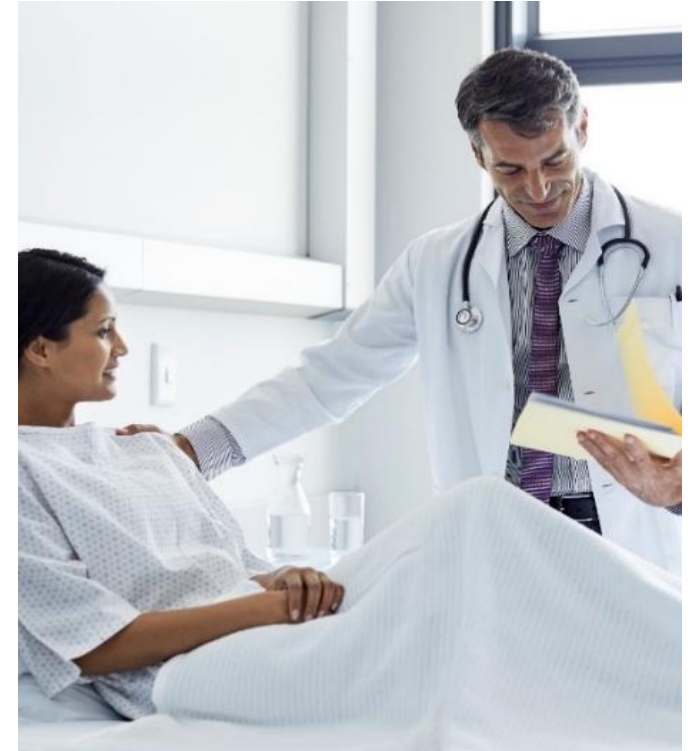
IPECA HOSPI

- Participation financière de 20€, 50€ ou 100 € par jour selon le niveau de couverture choisi à l'adhésion, **en cas d'hospitalisation prévue comme imprévue**, couvrant l'ancien salarié et si souhaité son conjoint et ses enfants.

Les points forts

- Prise en charge **jusque 365 jours d'hospitalisation**
- Versement **supplémentaire** forfaitaire en cas **d'hospitalisation longue à partir de 10 jours indemnisés**
- Aide financière pouvant évoluer au gré de vos besoins*

** Engagement de 12 mois minimum*



4- VOTRE COUVERTURE PRÉVOYANCE

2 OFFRES PRÉVOYANCE

Les points forts communs aux 2 offres :

- **Absence d'examen et de questionnaire médical à la souscription**
- **Absence de carence et délai d'attente**
- **Absence d'évolution tarifaire liée à l'âge** durant toute la vie du contrat
- **Cotisation adaptée à tous les budgets**
- **Abattement de 15% sur la cotisation du conjoint** lors d'une adhésion en couple

4- VOTRE COUVERTURE PRÉVOYANCE

COTISATIONS DES 2 OFFRES

IPECA DECES ACCIDENTEL

	COTISATION MENSUELLE 2026	
	ASSURÉ PRINCIPAL	CONJOINT
Capital de 20 000 €	6,44 €	5,21 €
Capital de 50 000 €	14,62 €	12,16 €
Capital de 100 000 €	28,24 €	23,74 €

IPECA HOSPI

NIVEAU D'INDEMNITÉ FOR- FAITAIRES JOURNALIÈRE	COTISATION MENSUELLE 2026*		
	ASSURÉ PRINCIPAL	CONJOINT	ENFANT (jusqu'à 25 ans révolus)*
20 € / jour	8,55 €	6,70 €	4,70 €
50 € / jour	20,35 €	16,70 €	11,80 €
100 € / jour	40,05 €	33,50 €	23,60 €

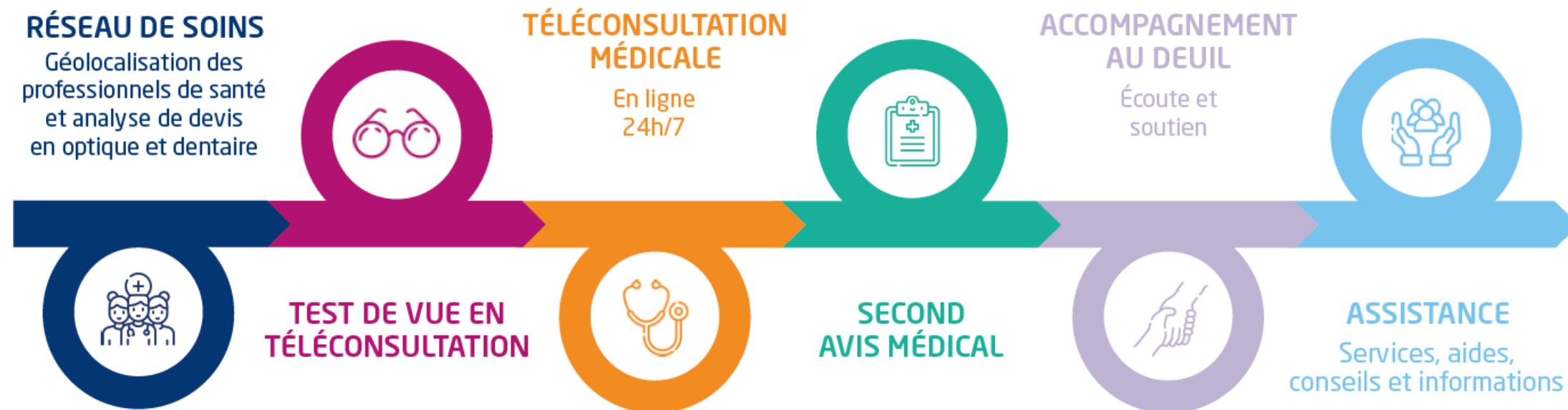
*La limite d'âge pour les enfants est de 18 ans, ou de 25 ans à condition d'être fiscalement à la charge du Participant et de poursuivre des études.

5- NOS ENGAGEMENTS

SERVICES UTILES ET INTÉGRÉS dans votre contrat santé.

Un très haut niveau de service associés

Faciliter l'accès aux soins, renforcer la prévention, vous accompagner et vous assister dans les situations d'urgence.



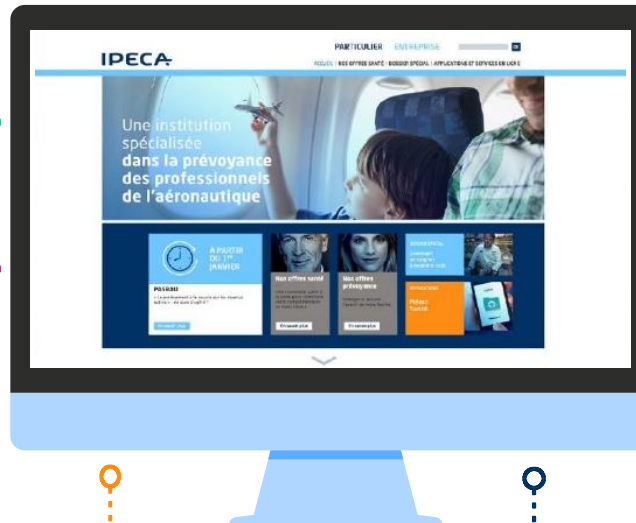
5- NOS ENGAGEMENTS

ESPACE PRIVÉ IPECA.FR

Gérer votre compte et l'ensemble de vos documents

Contactez les conseillers IPECA par courriel

Accéder aux informations pratiques et services en ligne 24h/24 et 7j/7



Télécharger de nombreux documents et notamment votre carte de tiers-payant

Consulter vos décomptes de remboursement santé et prévoyance

Effectuer vos démarches en ligne

5- NOS ENGAGEMENTS

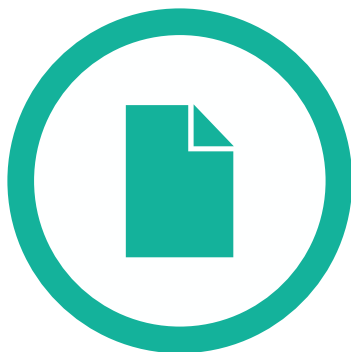
APPLICATION MYIPECA

Toutes vos informations santé et prévoyance à portée de main !



CONSULTER

Consulter le détail de vos remboursements santé et vos décomptes prévoyance



TÉLÉCHARGER

Télécharger votre carte de tiers payant



ENVOYER

Envoyer vos pièces administratives directement depuis l'appli



FILTRE

Filtrer vos relevés de remboursement : par nature, par date de soin, par date de remboursement ou par bénéficiaire



SUIVRE

Suivre les évolutions de votre compte

Pensez à télécharger l'application sur votre mobile

6- NOTRE EFFICACITÉ

UNE GESTION PARITAIRE À BUT NON LUCRATIF

**INSTITUTION
PARITAIRE**

→ **Une Assemblée représentant de manière égalitaire les entreprises et les salariés.**

**À BUT
NON LUCRATIF**

→ **Les cotisations encaissées sont redistribuées sous forme de prestations.**

**RÉGIE PAR LE TITRE III DU LIVRE IX
DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

→ **Relevant de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).**

6- NOTRE EFFICACITÉ

CHIFFRES CLÉS

DES RÉSULTATS FINANCIERS SOLIDES

Dans un contexte économique perturbé, et malgré l'augmentation de la consommation médicale et le désengagement de la Sécurité sociale, **IPECA maintient des résultats stables**, preuves d'une gestion financière rigoureuse.



90 %

TAUX DE REDISTRIBUTION
UN DES MEILLEURS DU MARCHÉ



+ 16 %
DE COTISATIONS
BRUTES DE 2023 À
2024



332 689
BÉNÉFICIAIRES
DONT
36 635
RETRAITES



5 M€
DE MOYENNE DE
RÉSULTATS NETS
SUR 5 ANS



2,6 FOIS
LE CAPITAL
DE SOLVABILITÉ
REQUIS



6,7 FOIS
LE CAPITAL
MINIMUM
REQUIS



313 M€
DE COTISATIONS
263 M€
DE PRESTATIONS

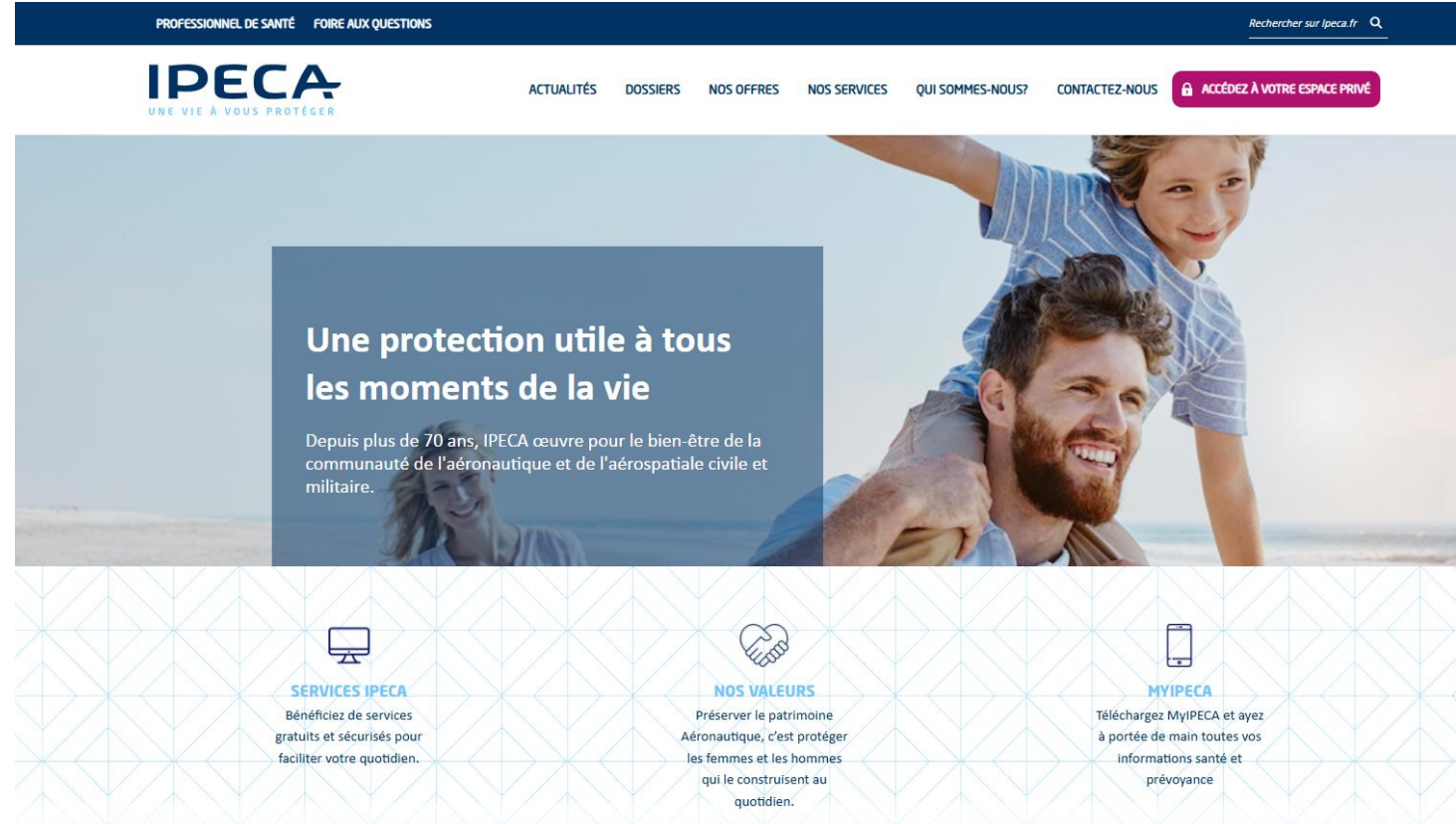
7- A RETENIR

DANS LE SEMESTRE PRÉCÉDANT VOTRE DÉPART EN RETRAITE

Contactez-nous :



- ✓ Depuis votre **espace privé IPECA.FR**
- ✓ Par téléphone au **0977 425 425** (non surtaxé) et laissez vous guider



Pour toute demande d'information, d'étude personnalisée, de conseil et d'accompagnement, prenez contact avec nos conseillers au siège de Paris.

7- A RETENIR

DOCUMENTATION ACCESSIBLE DEPUIS VOTRE ESPACE PRIVÉ

Consulter et Télécharger la documentation Santé Affinit'Air ou Excellence



1. Cliquez sur onglet « **MES GARANTIES** »

SE DÉCONNECTER

MES REMBOURSEMENTS

MES CARTES TP

MES DÉMARCHES

MES GARANTIES

MES SERVICES

MES BÉNÉFICIAIRES

MON PROFIL

MON TABLEAU DE BORD / MES GARANTIES / Santé / Compléter ma couverture santé

SANTÉ

Mes Notices

Compléter ma couverture santé

PRÉVOYANCE

Compléter ma couverture santé

Pour votre protection sociale, votre employeur a mis en place un contrat collectif et obligatoire auprès d'IPECA PREVOYANCE. Conformément à vos besoins identifiés, vous souhaitez renforcer votre couverture santé obligatoire souscrite par votre employeur et adhérer à titre facultatif à des garanties sur-complémentaires.

AFFINIT'AIR (contrat collectif à adhésion facultative)

EXCELLENCE (contrat collectif à adhésion facultative)

3. Cliquez sur le menu **AFFINIT'AIR** pour **consulter et télécharger** toute la **documentation et dossier d'adhésion** de la gamme santé Responsable « Affinit'Air ».

5. Cliquez sur le menu « **Mes Notices** » pour consulter votre couverture actuelle

2. Cliquez sur le menu « **Compléter ma couverture santé** »

4. Cliquez sur le menu **PREVOYANCE** pour **consulter et télécharger** nos offres prévoyance **Décès et Hospitalisation**

7- A RETENIR

CONTACTEZ-NOUS DEPUIS VOTRE ESPACE PARTICIPANT

Demander à être contacté par un conseiller IPECA

1. Cliquez sur onglet « **MES DEMARCHES** »



The image shows a screenshot of the 'Prise en charge hospitalière' page. On the left, there is a sidebar with two tabs: 'SANTÉ' and 'PRÉVOYANCE'. Under 'SANTÉ', there is a menu with the following items: 'Consulter mes devis', 'Faire une demande', 'Prise en charge hospitalière', 'Devis', 'Remboursement', and 'Autres questions'. The 'Faire une demande' item is highlighted with a blue background. An arrow points from this item to a text box below. The main content area is titled 'Prise en charge hospitalière' and contains a paragraph of text, a warning message, and two date input fields.

Prise en charge hospitalière

Vous avez été hospitalisé récemment ou vous prévoyez une hospitalisation. L'établissement hospitalier vous a demandé de fournir un accord de prise en charge de votre organisme santé complémentaire. Munissez-vous des documents de pré-admission ou des documents relatifs à l'hospitalisation fournis par l'établissement et complétez les éléments ci-dessous. Si vous disposez de toutes les informations vous pourrez télécharger directement votre prise en charge.

La durée de validité d'une prise en charge hospitalière est de 1 mois à compter de sa date d'émission

Date d'entrée*

Date de sortie

Bénéficiaire concerné*

2. Cliquez sur le menu « **faire une demande** » puis cliquez sur « **Autres questions** »

The image shows a screenshot of the 'Demande d'information' page. On the left, there is a sidebar with two tabs: 'SANTÉ' and 'PRÉVOYANCE'. Under 'SANTÉ', there is a menu with the following items: 'Consulter mes devis', 'Faire une demande', 'Prise en charge hospitalière', 'Devis', 'Remboursement', and 'Information'. The 'Faire une demande' item is highlighted with a blue background. An arrow points from this item to a text box below. The main content area is titled 'Demande d'information' and contains a paragraph of text, a form for 'Numéro de référence à rappeler', a dropdown for 'Type de demande', and a text area for 'Message'.

Demande d'information

Si vous souhaitez nous adresser une demande d'information, nous vous invitons à compléter ce formulaire et à y joindre les éléments nécessaires au traitement de votre demande.

Numéro de référence à rappeler ?

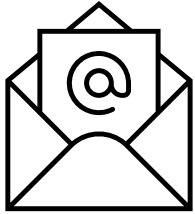
Type de demande*

Message*

3. Complétez le formulaire : **Vos coordonnées**, **type de demande « autres »** puis « **votre message** ».

7- A RETENIR

Finaliser votre demande et adhérer, c'est très simple !



✓ **Renvoyez votre dossier d'adhésion complet :**

- ☐ formulaire de recueil des besoins,
- ☐ demande d'adhésion
- ☐ mandat de prélèvement
- ☐ RIB

Sans oublier de dater et signer

par courrier à :

à IPECA -Service Affiliation- 5 rue Paul Barruel, 75740 Paris cedex 15

- ✓ **A noter que l'ajout d'un module de renfort sur votre couverture Affinit'Air est à effectuer par l'envoi d'une demande depuis votre espace privé dans la rubrique « Mes démarches » « faire une demande » et « autres questions » ou par l'envoi d'un simple courrier.**

7- A RETENIR

! Les prochaines dates à retenir des conférences en ligne 2026 :

- ☐ 21 Mai
- ☐ 17 Septembre
- ☐ 20 Novembre



Reunan LE BAIL
Commercial Individuel

Nadine BAILLY-SALIN
Responsable
Commerciale Direct
et Relations Extérieures

Suivez-nous



IPECA