PERENNA SANTÉ TNS

Une solution pour prendre soin de votre santé

DOCUMENT À CARATÈRE PUBLICITAIRE

CNP assurances

PERENNA **SANTÉ TNS**
Une protection optimale

Le Saviez-vous ?
La couverture santé est une préoccupation majeure des TNS.

Pourquoi choisir une bonne complémentaire santé ?

Parce que la Santé de votre entreprise est importante, la vôtre l'est encore plus.

En France, vous êtes 2,8 millions de personnes à exercer une activité non salariée.

Commerçants, artisans, professionnels libéraux ou encore gérants non-salariés, vous bénéficiez du régime obligatoire des Travailleurs Non-Salariés.

En tant que Travailleur Non-Salarié, c'est à vous de choisir votre complémentaire santé en fonction de vos besoins.

Elle est nécessaire pour aider à couvrir les dépenses de frais de soins de santé restant à votre charge après le remboursement de votre régime obligatoire. C'est pourquoi, nous avons conçu pour vous PERENNA SANTÉ TNS.

PERENNA SANTÉ TNS : une offre adaptée à vos besoins

Avec PERENNA SANTÉ TNS, vous disposez d'une offre modulaire à 6 niveaux de couverture pour choisir votre formule en fonction de vos besoins et ceux de votre famille.

Cette nouvelle offre se compose de deux contrats :

- un contrat socle éligible à la fiscalité Madelin et respectant le cadre des contrats responsables.
- un contrat surcomplémentaire non-éligible à la fiscalité Madelin permettant d'accéder à des niveaux de garanties supérieurs.

Vous bénéficiez ainsi d'une fiscalité optimisée sur votre couverture santé.

Par ailleurs, vos cotisations sont calculées au plus juste en fonction de votre situation personnelle et de votre situation familiale.

LES CRITÈRES DE CHOIX D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ*

les garanties offertes (67 %)

le montant de la cotisation (66 %)

+

la qualité du service proposé (41 %)

la rapidité des remboursements (40 %) sont également citées*

*Source : Baromètre santé Mercer Avril 2014

Avec PERENNA **SANTÉ TNS,** bénéficiez d'une protection personnalisée en maîtrisant le budget santé de votre famille

FACILE

PERENNA SANTÉ TNS vous permet de compléter le remboursement de votre régime obligatoire et d'optimiser votre protection.

PRATIQUE

Dès le premier niveau de garantie, profitez d'une prise en charge des frais dentaires ou optique et des actes de prévention.

PERENNA SANTÉ TNS vous permet de diminuer votre reste à charge et maîtriser votre budget santé.

Exemples de remboursement

Pour une paire de lunettes adulte avec un fort degré de correction, d'un montant de 450 € (monture à 150 €, deux verres simples à 300 €), le remboursement du régime obligatoire est de 9,93 €, soit un reste à charge de 440,07 €.
Avec PERENNA SANTÉ TNS, en prenant une garantie niveau 4 en optique, vous n'aurez rien à débourser. Votre reste à charge sera de 0 €.

Pour une chambre particulière en cas d'hospitalisation pendant 5 jours pour un montant journalier de 65 €, soit 325 €, le remboursement du régime obligatoire est de 0 €, soit un reste à charge de 325 €.
Avec PERENNA SANTÉ TNS, en prenant une garantie niveau 3 en hospitalisation, votre reste à charge sera de 25 €.

OPTIMALE

Bénéficiez du cadre fiscal Madelin pour le contrat socle.

Exemples de déductions fiscales

Pour un revenu déclaré de 21 000 € en 2016, le plafond de déduction fiscale pour les contrats de prévoyance et de santé éligibles à la fiscalité Madelin sera de : **3 490,62 € pour 2016** (3,75 % de 21 000 + 7 % du PASS)

Pour un revenu de 65 000 €, le plafond fiscal prévoyance et santé sera de : **5 140,62 € pour 2016** (3,75 % de 65 000 + 7 % du PASS)

À noter : le calcul du plafond fiscal Madelin pour l'année N, se fait par rapport au revenu de l'année N (et non pas N-1). Ce plafond de déduction fiscale prévoyance-santé est indépendant du disponible fiscal retraite.

Zoom sur...
Le plafond de déduction fiscale des cotisations des contrats de prévoyance et de frais de soins de santé Madelin, prévu par la loi : 3,75 % du revenu professionnel augmenté de 7 % du PASS, le tout limité à 3 % de 8 PASS.

PASS : Plafond Annuel de Sécurité Sociale.

Une assistance et des services **pour mieux organiser vie privée et vie professionnelle**

L'ASSISTANCE SANTÉ, L'ASSISTANCE PROTECTION JURIDIQUE

Un point d'entrée unique permettant l'accès à un accompagnement sur des questions de santé et vie pratique et juridique, et des prises en charge adaptées pour accompagner les évènements de vie, en France et à l'étranger.

LE RÉSEAU DES OPTICIENS PARTENAIRES

Des tarifs conventionnés et le libre choix de l'opticien pour un reste à charge maîtrisé.

L'ANALYSE DE DEVIS

La compréhension des soins ainsi que la relation assuré et professionnel sont facilitées

LE TIERS PAYANT

Avec PERENNA SANTÉ TNS, vous bénéficiez, ainsi que votre conjoint et vos enfants à charge, du tiers payant généralisé et de prestations complétant celles des assurances sociales dans la limite des frais réels engagés et à concurrence des plafonds de remboursements définis.

LA PLATEFORME DIGITALE DE SERVICES LYFE*

Des services utiles et accessibles au quotidien dans les domaines de la santé, du bien-être ou du bien vieillir :

Pour utiliser la plateforme Lyfe, rendez-vous sur https://perenna.lyfe.fr

Inscrivez-vous en cliquant sur « s'inscrire » sur la page d'accueil et remplissez quelques informations personnelles.

* Le code d'affiliation pour bénéficier des services de la plateforme Lyfe est indiqué dans le guide des services qui vous sera remis après votre adhésion à Perenna Santé

La gestion de votre contrat **en toute simplicité**

CNP Assurances a confié la gestion de votre contrat Santé à un spécialiste de la protection sociale des travailleurs indépendants, ALPTIS, reconnu sur le marché pour son professionnalisme dans la gestion des contrats santé et son sens de la satisfaction client.

Pensez-y

Les conjoints collaborateurs participant à l'activité de l'entreprise peuvent aussi adhérer à PERENNA SANTÉ TNS.

Notre priorité, vous apporter de la sérénité dans la gestion courante de votre couverture santé :

Rapidité de mise en place : vous recevez sous 15 jours maximum votre carte de tiers payant pour éviter que vous avanciez vos frais de santé (sous réserve de la réception de votre dossier complet)

Efficacité dans la prise en charge des frais de soins : remboursements sous 48H après le remboursement de votre régime obligatoire si vous optez pour la télétransmission, demande de prise en charge hospitalière immédiate avec la carte de tiers payant (ou par demande en ligne via votre espace adhérent dédié) pour ne rien débourser…

Information de vos garanties et suivi de vos remboursements en temps réel : un espace adhérent sécurisé vous permet de consulter en ligne le niveau de votre couverture santé avant chaque dépense, de suivre le détail de vos remboursements et d'effectuer des demandes de prise en charge.

Accompagnement dans vos démarches fiscales pour faire valoir la déductibilité de vos cotisations : votre attestation Madelin vous est adressée au titre des garanties éligibles chaque début d'année avant fin février pour vous permettre d'effectuer votre déclaration de revenus. Vous retrouverez également ce document à tout moment sur votre espace adhérent dédié.

Découvrez les **GARANTIES SANTÉ**

Les prestations exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) du Régime obligatoire d'assurance maladie incluent la prise en charge du régime obligatoire et tout autre contrat d'assurance.
Les montants de prestations exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle prise en charge du régime obligatoire.
Les remboursements de prestations ne peuvent dépasser les frais réels restant à la charge du bénéficiaire.
Lorsque les remboursements sont exprimés « par année anniversaire », ils s'apprécient par périodes de douze (12) mois successifs à compter de la date de conclusion de l'adhésion ou de l'affiliation.

HOSPITALISATION & MATERNITÉ

	ÉLIGIBLE MADELIN				NON-MADELIN	
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
Frais de séjours conventionnés ou non conventionnés	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	+200 % BR	+400 % BR
Honoraires (anesthésie, chirurgie, réanimateur) conventionnés pour les médecins signataires du CAS	100 % BR	125 % BR	200 % BR	250 % BR	+150 % BR	+250 % BR
Honoraires (anesthésie, chirurgie, réanimateur) conventionnés pour les médecins non signataires du CAS	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	+100 % BR	+200 % BR
Honoraires (anesthésie, chirurgie, réanimateur) non conventionnés	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	+100 % BR	+200 % BR
Chambre particulière (par jour) (y compris maternité, hospitalisation de jour)	–	45 €	60 €	90 €	+30 €	+60 €
Frais de la personne accompagnant (enfant de moins de 16 ans et personne de plus de 60 ans) limités à 50 jrs/an	–	25 €	30 €	45 €	+15 €	+30 €
Forfait hospitalier (sans limitation de durée sauf unité de soins de longue durée, établissements médico-sociaux et établissements d'hébergement pour personnes âgées)	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	–	–

SOINS COURANTS

	ÉLIGIBLE MADELIN				NON-MADELIN	
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
Consultations / visites généralistes / Actes Techniques Médicaux réalisés par les médecins signataires du CAS	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	+50 % BR	+150 % BR
Consultations / visites généralistes / Actes Techniques Médicaux réalisés par les médecins non signataires du CAS	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	+50 % BR	+150 % BR
Consultations / visites spécialistes / Actes Techniques Médicaux réalisés par les médecins signataires du CAS	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	+50 % BR	+150 % BR
Consultations / visites spécialistes / Actes Techniques Médicaux réalisés par les médecins non signataires du CAS	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	+50 % BR	+150 % BR
Auxiliaire médicaux et analyses	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	–	–
Radiologie pratiquée par les médecins signataires du CAS	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	+50 % BR	+150 % BR
Radiologie pratiquée par les médecins non signataires du CAS	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	+50 % BR	+150 % BR
Pharmacie remboursée à 65 % et 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	–	–
Pharmacie remboursée à 15 %	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	–	–
Transport	100 % BR	100 % BR	200 % BR	250 % BR	+50 % BR	+150 % BR
Prise en charge des actes de prévention relatifs au « contrat responsable »*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	–	–

SOINS DENTAIRES

	ÉLIGIBLE MADELIN				NON-MADELIN	
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
Soins dentaires	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	+50 % BR	+150 % BR
Inlays - Onlays	125 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	+100 % BR	+200 % BR
Prothèses dentaires prises en charge	125 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	+100 % BR	+200 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge (limité à 3 par année anniversaire et par bénéficiaire)	–	100 €	200 €	300 €	+150 €	+250 €
Orthodontie remboursée	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	+100 % BR	+200 % BR
Orthodontie non remboursée (par semestre)	–	50 €	100 €	200 €	+150 €	+250 €
Implants dentaires (par dent) (limité à 3 par année anniversaire et par bénéficiaire)	–	300 €	400 €	500 €	+200 €	+400 €
Parodontie, vernis, blanchiment, curetage (par année anniversaire et par bénéficiaire)	–	150 €	200 €	250 €	+100 €	+200 €
Plafond : limité aux prestations non remboursées par le régime obligatoire (par année anniversaire)	–	1000 €	1500 €	2000 €	+1000 €	+1700 €

OPTIQUE

	ÉLIGIBLE MADELIN				NON-MADELIN	
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
Équipement optique : Plafond sur les équipements optiques : limité à un équipement optique (monture + verres) par bénéficiaire tous les 24 mois (12 mois pour les mineurs ou en cas d'évolution justifiée de la vue). Équipement verres mixtes (exemple verre(1) + verre(2)) : le plafond est obtenu en divisant par deux la somme des plafonds des équipements correspondant à chacun des deux verres						
Adultes						
Équipement 2 verres unifocaux(1)	100€	250€	375€	470€	+130€	+280€
Équipement 2 verres unifocaux forte correction ou multifocaux(2)	200€	400€	575€	750€	+150€	+350€
Équipement 2 verres multifocaux forte correction(3)	200€	450€	625€	850€	+150€	+350€
	Dont 150€ **au maximum** pour la monture par bénéficiaire					
Enfants						
Équipement 2 verres unifocaux(1)	100€	230€	300€	375€	+75€	+150€
Équipement 2 verres unifocaux forte correction ou multifocaux(2)	200€	330€	450€	625€	+75€	+150€
Équipement 2 verres multifocaux forte correction(3)	200€	380€	500€	725€	+75€	+150€
	Dont 150€ **au maximum** pour la monture par bénéficiaire					
Lentilles, y compris jetables prises en charge ou non (par année anniversaire et par bénéficiaire)	100€	120€	150€	190€	+60€	+110€
Chirurgie de la myopie, par œil (par année anniversaire et par bénéficiaire)	–	100€	300€	500€	+200€	+400€

AUTRES

	ÉLIGIBLE MADELIN				NON-MADELIN	
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
Prothèses auditives, piles et entretien	100% BR	100% BR + 200€	100% BR + 300€	100% BR + 500€	+250€	+500€
Prothèses médicales et appareillage	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	+150% BR	+300% BR
Frais exposés à l'occasion de la naissance d'un enfant ou de l'adoption d'un mineur (par enfant)	–	150€	300€	450€	+175€	+330€
Cure thermale - Soins, transport et hébergement (remboursée par le régime obligatoire)	–	150€	300€	450€	+175€	+330€
Ostéopathie, chiropracteur, homéopathe, acupuncteur, étiopathe, psychologue, podologue (limité en nombre de séances par année anniversaire et par bénéficiaire)	–	15€ /séance	30€ /séance	70€ /séance	+ 1 séance à 70€	+ 3 séances à 20€ et 1 séance à 90€
		dans la limite de 3 séances par année anniversaire et par bénéficiaire			dans la limite de 4 séances par année anniversaire et par bénéficiaire	
Vaccins non remboursés, Sevrage tabagique, Bilan nutritionnel, consultation diététicien, Examen de mesure de la densité osseuse, amniocentèse (par année anniversaire et par bénéficiaire)		60€	75€	90€	+40€	+60€
Pharmacie prescrite non remboursée par le régime obligatoire (ex : médicaments du voyage) (par année anniversaire et par bénéficiaire)	–	40€	60€	80€	+20€	+40€
Pilules contraceptives non prises en charge par le régime obligatoire (par année anniversaire et par bénéficiaire)	–	20€	20€	30€	+10€	+20€
Analyses, examens et radiologie prescrits non remboursés (par année anniversaire et par bénéficiaire)	–	20€	40€	60€	+20€	+40€
Participation forfaitaire de 18€ pour les actes techniques médicaux lourds supérieurs à 120€	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

(*) 1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
d) BCG : avant 6 ans ;
e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
f) Haemophilus influenzae B ;
g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

(1) Verre unifocal dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00
(2) Verre unifocal dont la sphère est supérieure à -6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 ou verre multifocal ou progressif
(3) Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone -8,00 à +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00
BR : (Base de Remboursement) assiette servant de base de calcul aux prestations en nature du Régime obligatoire de base.
CAS : contrat d'accès aux soins

Un réseau de professionnels à votre écoute, c'est important !

AMÉTIS est le réseau de conseillers de CNP Assurances. Répartis sur l'ensemble de la France, ils sont à votre écoute pour vous accompagner et vous conseiller au plus près de vos besoins.

En discutant de votre mode de vie, de vos objectifs et de vos priorités, nous vous guiderons vers les choix les plus adaptés pour vous prémunir contre les risques immédiats et futurs de la vie tout en protégeant vos proches et votre patrimoine sur le long terme.

CNP Assurances | Siège social : 4 place Raoul Dautry 75716 PARIS cedex 15 | Tél : 01 42 18 88 88 | www.cnp.fr | Groupe Caisse des Dépôts
Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré | 341 737 062 RCS Paris | Entreprise régie par le code des assurances

02-11659-01 - PLAQ TNS SANTÉ - MARS 2017