

# Centre de gestion du Tarn

Convention de participation  
Complémentaire santé

Réunion d'information  
Collectivités



# SOMMAIRE

## LES MEMBRES DU GROUPEMENT COMPLEMENTAIRE SANTE

## LA CONVENTION DE PARTICIPATION COMPLEMENTAIRE SANTE

1. Avantage du régime collectif de complémentaire santé
2. Présentation des garanties complémentaire santé
3. La cotisation complémentaire santé

## L'ADHESIONS AU REGIME DE COMPLEMENTAIRE SANTE

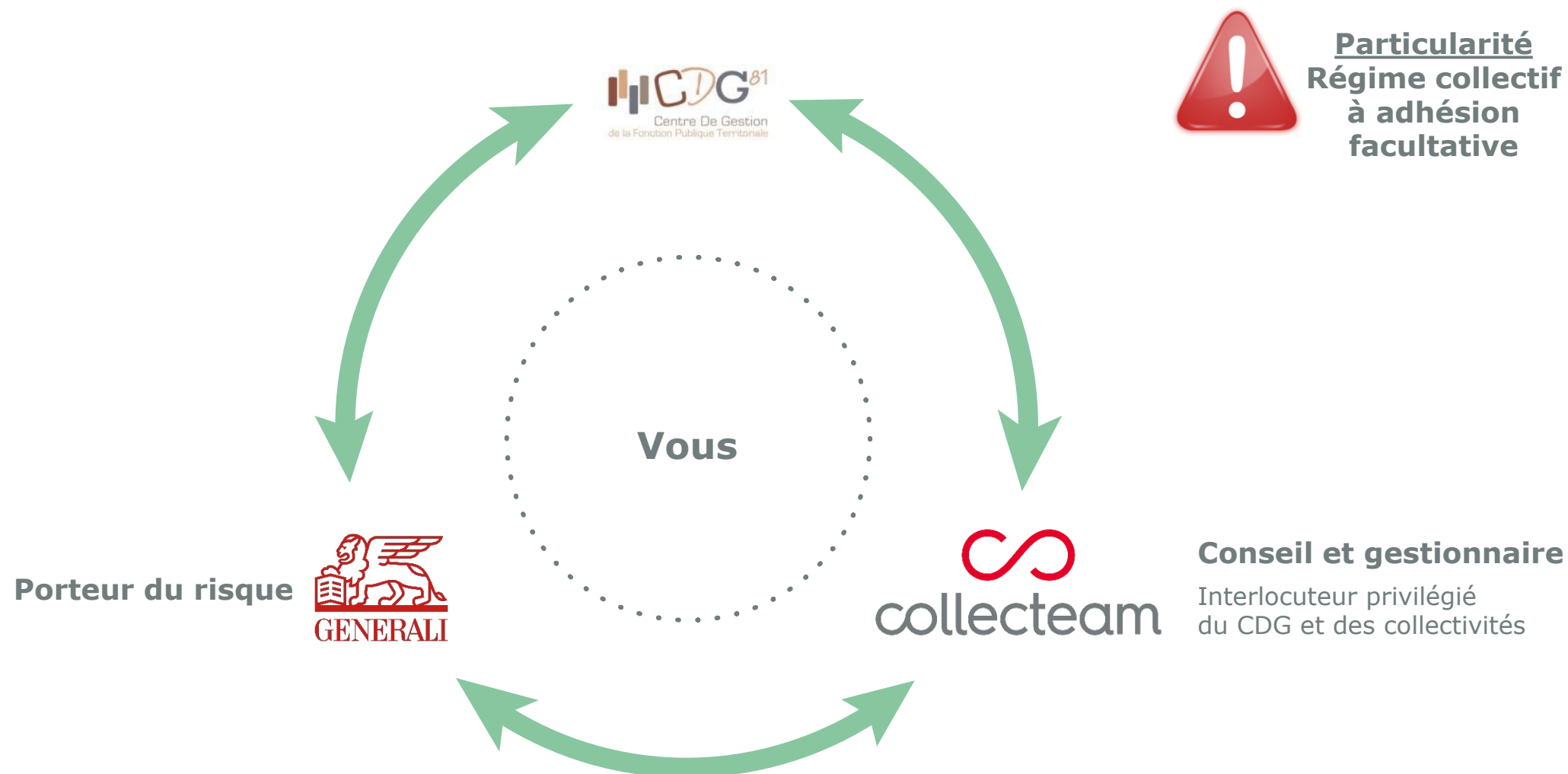
## VOTRE ESPACE ASSURÉ



**LES MEMBRES  
DU GROUPEMENT**  
COMPLEMENTAIRE SANTE



# LES MEMBRES DU GROUPEMENT – RISQUE SANTE





## **LA CONVENTION DE PARTICIPATION COMPLEMENTAIRE SANTE**

**AVANTAGES  
DU RÉGIME COLLECTIF**



# LES AVANTAGES DU RÉGIME COLLECTIF DE COMPLEMENTAIRE SANTE



**Pas de questionnaire médical**



**Pas de délai de carence**



**La couverture de vos ayants droit :  
conjoint, enfants**



**Une participation financière de l'employeur**



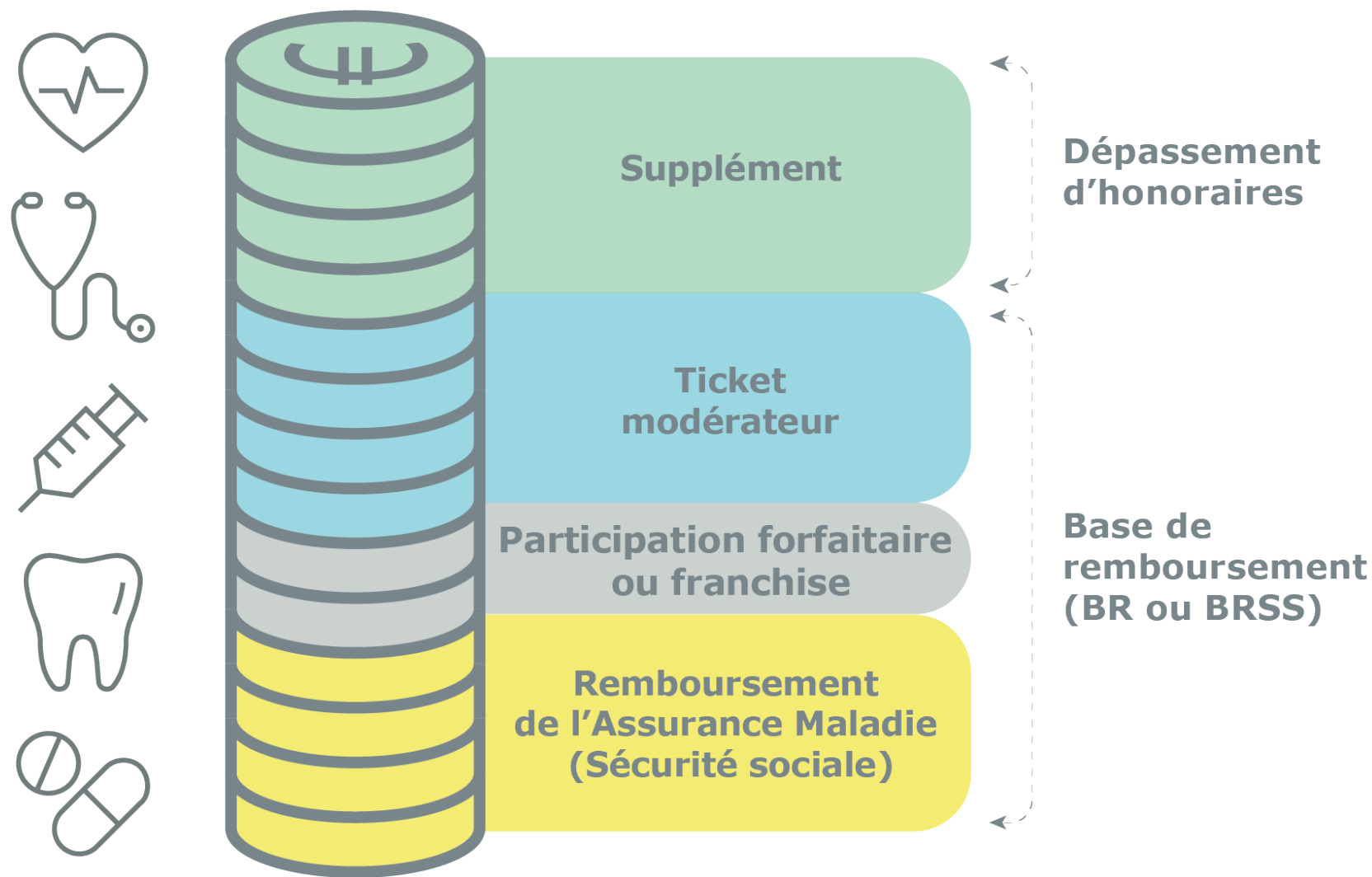
**Un tarif qui ne dépend pas de l'âge  
de l'agent**

**LA CONVENTION DE  
PARTICIPATION  
COMPLEMENTAIRE SANTE**

**PRÉSENTATION DES GARANTIES**



# PRINCIPE DE REMBOURSEMENT






# GARANTIES ACTES COURANTS

GARANTIES		PRESTATIONS <sup>(1)</sup>		
		Régime de base	Régime 2	Régime 3
ACTES COURANTS				
Honoraires médicaux	Consultations / visites généralistes OPTAM	100 % BR	150 % BR	200 % BR
	Consultations / visites généralistes NON OPTAM	100 % BR	130 % BR	180 % BR
	Consultations / visites spécialistes OPTAM	100 % BR	150 % BR	200 % BR
	Consultations / visites spécialistes NON OPTAM	100 % BR	130 % BR	180 % BR
	Petite chirurgie et actes techniques médicaux OPTAM	100 % BR	150 % BR	200 % BR
	Petite chirurgie et actes techniques médicaux NON OPTAM	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Imagerie médicale / radiologie OPTAM		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Imagerie médicale / radiologie NON OPTAM		100 % BR	130 % BR	180 % BR
Analyses médicales en laboratoire / examens		100 % BR	125 % BR	150 % BR
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Psychologue (séances réalisées dans le cadre du dispositif de la SS "Mon psy", après consultation d'un médecin		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments prescrits ou non et non remboursés par la Sécurité Sociale (produits inscrits à la rubrique "médicaments" du VIDAL) - Par an et par bénéficiaire		-	100 €	150 €
Médicaments remboursés		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical	Petit appareillage y compris prothèses externes	100 % BR	150 % BR	200 % BR
	Grand appareillage	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Transport		100 % BR	100 % BR	100 % BR

(1) Les prestations sont exprimées en fonction de la base de remboursement et incluent le montant remboursé de la Sécurité sociale.

# ACTES COURANTS – EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

 Sécurité sociale incluse	Prix moyen pratiqué/constaté ou tarif réglementé*	Régime de Base		Régime 2		Régime 3	
		Remboursement complémentaire	Reste à charge	Remboursement complémentaire	Reste à charge	Remboursement complémentaire	Reste à charge
Consultation d'un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraire libre (non adhérent à l'OPTAM)	60,00 €	6,90 €	39,00 €	13,80 €	32,10 €	25,30 €	20,60 €
Acte d'imagerie médicale par IRM, praticien adhérent à l'OPTAM	120,00 €	19,70 €	53,00 €	54,20 €	18,50 €	70,70 €	2,00 €

## LE MEILLEUR PRESTATAIRE TIERS-PAYANT



Remboursements  
télétransmis


en temps réel

# GARANTIES HOSPITALISATION

GARANTIES	PRESTATIONS <sup>(1)</sup>		
	Régime de base	Régime 2	Régime 3
<i>HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale, maternité)</i>			
Soins et frais de séjour hospitaliers	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux OPTAM CO	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux NON OPTAM CO	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Forfait hospitalier journalier, forfait actes lourds, forfait patient urgences	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière (hors psychiatrie) - Par nuit et par bénéficiaire	-	60 €	90 €
Chambre ambulatoire (par jour)	-	30 €	60 €
Frais d'accompagnement (enfant – 16 ans et personne âgée de plus de 70 ans) Forfait par jour	-	25 €	55 €

(1) Les prestations sont exprimées en fonction de la base de remboursement et incluent le montant remboursé de la Sécurité sociale.

# HOSPITALISATION – EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS


 Sécurité sociale incluse	Prix moyen pratiqué/constaté ou tarif réglementé*	Régime de Base		Régime 2		Régime 3	
		Remboursement complémentaire	Reste à charge	Remboursement complémentaire	Reste à charge	Remboursement complémentaire	Reste à charge
Chambre particulière (par jour)	61,00 €	00,00 €	61,00 €	60,00 €	1,00 €	61,00 €	00,00 €
Honoraire du chirurgien non adhérent à l'OPTAM CO (pose d'un stent)	1 032,51 €	24,00 €	719,01 €	180,75 €	562,26 €	337,50 €	405,51 €

Prises en charge  
hospitalières

à réception



93 % des  
hôpitaux publics  
89 % des  
hôpitaux privés



# GARANTIES OPTIQUE

GARANTIES	PRESTATIONS <sup>(1)</sup>		
	Régime de base	Régime 2	Régime 3
<b>OPTIQUE</b>			
<b>Équipement « 100 % santé » - classe A prise en charge dans la limite des PLV</b>	<b>100 % FR</b>	<b>100 % FR</b>	<b>100 % FR</b>
Frais d'optique autres – classe B – PANIER TARIFS LIBRES (garanties exprimées ici sous déduction des remboursements de la sécurité sociale)			
> Monture	40 €	90 €	100 €
> Verre simple - Forfait par verre	30 €	70 €	100 €
> Verre complexe- Forfait par verre	80 €	120 €	220 €
> Verre très complexe - Forfait par verre	80 €	170 €	260 €
Périodicité (monture et verres)	<b>1 fois tous les 2 ans</b> par bénéficiaire sauf en cas de changement de correction et enfant selon l'âge*		
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire), au delà remboursement à hauteur du panier de soins	100 % BR	150 €	250 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale y compris jetables (par an)	-	150 €	250 €
Chirurgie réfractive (par œil)	-	200 €	400 €

(1) Les prestations sont exprimées en fonction de la base de remboursement et incluent le montant remboursé de la Sécurité sociale.



# OPTIQUE – EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Sécurité sociale incluse	Prix moyen pratiqué/constat é ou tarif réglementé <sup>(1)</sup>	Régime de Base		Régime 2		Régime 3	
		Remboursement complémentaire	Resta à charge	Remboursement complémentaire	Resta à charge	Remboursement complémentaire	Resta à charge
Deux verres simples + monture 100% santé	95,00 €	77,30 €	0,00 €	77,30 €	0,00 €	77,30 €	0,00 €
Deux verres simples + monture hors 100% santé**	400,00 €	100 €	300 €	230 €	170 €	300 €	100 €

Devis Optiques

en temps réel




# GARANTIES DENTAIRE

GARANTIES		PRESTATIONS <sup>(1)</sup>		
		Régime de base	Régime 2	Régime 3
DENTAIRE <sup>(2)</sup>				
Panier de soins « 100 % santé » prise en charge dans la limite des HLF		100 % FR	100 % FR	100 % FR
Prestations remboursées par l'assurance maladie		Plafond annuel par bénéficiaire - hors panier 100% santé : 2500 €, au delà remboursement à hauteur du panier de soins	Plafond annuel par bénéficiaire - hors panier 100% santé : 3000 €, au delà remboursement à hauteur du panier de soins	Plafond annuel par bénéficiaire - hors panier 100% santé : 3200 €, au delà remboursement à hauteur du panier de soins
Prothèses au sein du PANIER TARIFS MAITRISES	Prothèses	125 % BR	325 % BR	450 % BR
	Inlays-Core	125 % BR	200 % BR	350 % BR
	Inlays-Onlays et Overlays	125 % BR	200 % BR	350 % BR
Prothèses au sein du PANIER TARIFS LIBRES	Prothèses	125 % BR	325 % BR	450 % BR
	Inlays-Core	125 % BR	200 % BR	350 % BR
	Inlays-Onlays et Overlays	125 % BR	200 % BR	350 % BR
Soins hors "100 % Santé" **		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale - par an		-	300 €	550 €
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale fixes transitoires - par an		-	300 €	550 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		125 % BR	250 % BR	400 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale - <i>Forfait par an et par bénéficiaire</i>		-	500 €	800 €
Parodontologie non remboursée - par an		-	250 €	350 €
Implantologie ( <i>par an</i> )		-	500 €	900 €

(1) Les prestations sont exprimées en fonction de la base de remboursement et incluent le montant remboursé de la Sécurité sociale.

(2) Pour les frais dentaires « NPC », les garanties pourront être ré-exprimées forfaitairement de manière équivalente en fonction de la CCAM dentaire entrée en vigueur.

# DENTAIRE – EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

 Sécurité sociale incluse	Prix moyen pratiqué/constaté ou tarif réglementé*	Régime de Base		Régime 2		Régime 3	
		Remboursement complémentaire	Resta à charge	Remboursement complémentaire	Resta à charge	Remboursement complémentaire	Resta à charge
Pose d'une prothèse dentaire fixe - PANIER "100% Santé"	544,00 €	376,30 €	0,00 €	376,30 €	0,00 €	376,30 €	0,00 €
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une molaire (PANIER TARIFS LIBRE)	667,54 €	78,00 €	517,54 €	168,00 €	427,54 €	348,00 €	247,54 €
Orthodontie (-16 ans)	616,30 €	48,38 €	374,43 €	193,50 €	229,30 €	422,80 €	0,00 €

Devis dentaires

en temps réel

Traitement manuel  
des factures

48 heures

# GARANTIES AUDIOLOGIE

GARANTIES	PRESTATIONS <sup>(1)</sup>		
	Régime de base	Régime 2	Régime 3
AUDIOLOGIE	-	-	-
Équipement « 100 % santé » - classe I prise en charge dans la limite des PLV	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Équipement auditif hors 100 % santé classe II - PANIER TARIFS LIBRES (maxi 1 700 € par oreille) + de 20 ans	100 % BR	650 €	1000 €
Équipement auditif hors 100 % santé classe II - PANIER TARIFS LIBRES (maxi 1 700 € par oreille) - de 20ans	100 % BR	650 €	750 €
Périodicité (équipement auditif par oreille)	1 fois tous les 4 ans par bénéficiaire		
Piles pour prothèses auditives	100 % BR	100% BR	100% BR



(1) Les prestations sont exprimées en fonction de la base de remboursement et incluent le montant remboursé de la Sécurité sociale.

# GARANTIES AUTRES

GARANTIES	PRESTATIONS <sup>(1)</sup>		
	Régime de base	Régime 2	Régime 3
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>			
Cure thermique : Honoraires et frais de séjour (par an et par bénéficiaire) <sup>(3)</sup>	100% BR	100% BR + 200 €	100% BR + 500 €
Médecine non conventionnelle (Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, homéopathe, microkinésithérapie, étiopathie, diététicien, psychologue hors dispositif "mon psy", psychomotricien, ergothérapeute, pédicure-podologue, naturopathe, sophrologue) (par an et par bénéficiaire) <sup>(4)</sup>	-	100 €	200 €
Vaccins refusés (par an et par bénéficiaire)	-	20 €	40 €
Densitométrie osseuse	-	30 €	50 €
Garantie d'assistance	OUI	OUI	OUI
Téléconsultation y compris le soir et le week-end	OUI	OUI	OUI
Vaccin anti-grippe	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Sevrage tabagique - Forfait par an et par bénéficiaire	-	40 €	80 €
Soins à l'étranger remboursés (soins ambulatoires et hospitalisation)	OUI	OUI	OUI

(1) Les prestations sont exprimées en fonction de la base de remboursement et incluent le montant remboursé de la Sécurité sociale.

(3) Dans la limite des frais réels engagés et sur présentation de justificatifs.

(4) Praticiens reconnus par les annuaires professionnels de santé.



# COTISATIONS MENSUELLES COMPLEMENTAIRE SANTE



La cotisation complémentaire santé est prélevée mensuellement sur le bulletin de salaire de l'agent



La participation employeur est appliquée directement sur la paie de l'agent

	Régime de base	Régime 2	Régime 3
1 Personne	39,50 €	75 €	100 €
2 Personnes	73 €	138 €	185 €
3 Personnes et plus	105 €	195 €	265 €

## COTISATIONS MENSUELLES COMPLEMENTAIRE SANTE

### RESTE A CHARGE AGENT : EXEMPLE D'UNE PARTICIPATION À **15 €** (MINIMUM RÉGLEMENTAIRE)

	Régime de base	Régime 2	Régime 3
1 Personne	<b>24,50 €</b>	60 €	85 €
2 Personnes	<b>58 €</b>	123 €	170 €
3 Personnes et plus	<b>90 €</b>	180 €	250 €

### RESTE A CHARGE AGENT : EXEMPLE D'UNE PARTICIPATION À **25 €** (MOYENNE NATIONALE DE PARTICIPATION EMPLOYEURS TERRITORIAUX)

	Régime de base	Régime 2	Régime 3
1 Personne	<b>14,50 €</b>	50 €	75 €
2 Personnes	<b>48 €</b>	113 €	170 €
3 Personnes et plus	<b>80 €</b>	170 €	240 €

## L'ADHESION AU REGIME DE COMPLEMENTAIRE SANTE

L'ADHESION DE L'AGENT



# COMMENT ADHERER AU CONTRAT COMPLEMENTAIRE SANTE ?

## Votre affiliation

**Votre employeur**

## Dates

**Affiliation**  
L'adhésion prendra effet au  ⓘ

## Identification

<b>N° de Sécurité sociale</b>	<input type="text"/>	<b>Téléphone</b> ⓘ	<input type="text"/>
<b>Civilité</b>	<input checked="" type="radio"/> Madame <input type="radio"/> Monsieur	<b>Mobile</b> ⓘ	<input type="text"/>
<b>Nom</b>	<input type="text"/>	<b>E-mail</b>	<input type="text"/>
<b>Nom de naissance - Optionnel</b>	<input type="text"/>	<small>- Pour l'envoi des décomptes à chaque remboursement, en remplacement du décompte papier trimestriel. - Pour l'envoi du mail de signature du mandat de prélèvement dans le cas où des cotisations sont appelées à l'assuré.</small>	
<b>Prénom</b>	<input type="text"/>	<b>Organisme d'affiliation - Optionnel</b>	<input type="text" value="01 971 7011"/> ⓘ Général ⓘ
<b>Date de naissance</b>	<input type="text" value="__/__/__"/>	<b>Situation de famille</b>	<input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Marié <input type="radio"/> Veuf <input type="radio"/> Concubinage <input type="radio"/> Divorcé <input type="radio"/> Pacsé
<b>Adresse</b>	<input type="text" value="ex : 3 rue des Etangs"/>	<b>Matricule - Optionnel</b>	<input type="text"/> ⓘ
<b>Complément d'adresse - Optionnel</b>	<input type="text" value="ex : Etage 1 Apt 4"/>	<b>Date d'embauche - Optionnel</b>	<input type="text" value="__/__/__"/>
<b>Code postal</b>	<input type="text"/>		
<b>Ville</b>	<input type="text"/>		
<b>Pays - Optionnel</b>	<input type="text" value="FRANCE"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> J'accepte la télétransmission ⓘ			

## INFORMATIONS À RENSEIGNER

Choisir son  
niveau  
de  
garanties

Numéros  
sur  
l'attestation  
de sécurité  
sociale

Coordonnées  
bancaires

Justificatifs  
pour les  
ayants-  
droits

# COMMENT ADHERER AU CONTRAT COMPLEMENTAIRE SANTE ?

L'agent n'a aucun contrat complémentaire santé

- > L'agent doit renseigner son adhésion en ligne et la valider

Cliquer sur le bouton

Affiliation en ligne 

L'agent est déjà adhérent à un contrat de complémentaire santé individuel

- > L'agent devra résilier son contrat individuel par courrier en recommandé avec A/R (résiliation possible en cours de contrat)
- > Puis renseigner son adhésion en ligne et la valider



Cette à remplir par l'agent, à envoyer avant le 31 octobre 2013

NOM \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Société d'assurance.....  
Adresse.....  
\_\_\_\_\_

Lettre Recommandée avec A.R.  
Orléans, le :

Objet : Résiliation complémentaire santé et / ou prévoyance <sup>(1)</sup>

Monsieur le Directeur,

Suite à la mise en place d'un régime collectif de complémentaire santé et de prévoyance au sein de la Mairie d'Orléans, je vous prie de bien vouloir effectuer la résiliation de mon / mes contrat(s) d'assurance complémentaire santé et / ou prévoyance <sup>(1)</sup> n° \_\_\_\_\_ à effet du 31.12.2013 minuit.

Dans ce cadre, pour la mutuelle, je vous prie de bien vouloir interrompre au 31.12.2013 minuit les télétransmissions entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et votre organisme pour chaque bénéficiaire sous ce contrat : mon conjoint, mes enfants et moi-même.

Je vous serais obligé de bien vouloir m'accuser réception de la présente déclaration.

Recevez, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes salutations distinguées.

Signature \_\_\_\_\_

(1) Remarque : pour la résiliation de la mutuelle, voir le site collectivite.fr



## LA GESTION DU REGIME DE COMPLEMENTAIRE SANTE

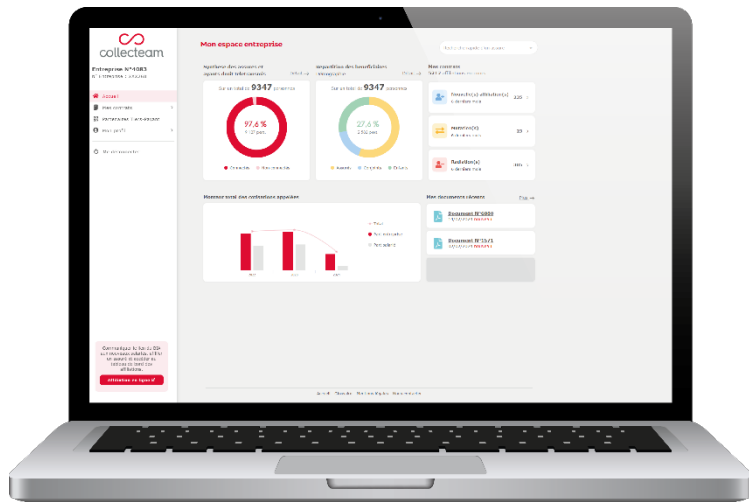


# ESPACE ASSURE / APPLICATION MOBILE



- > Consultez vos **remboursements**
- > Transmettez directement depuis l'application **vos factures ou devis photographiés** via l'appareil photo de votre smartphone
- > Consultez **vos garanties** et accédez à votre **attestation de tiers-payant**
- > Réalisez une demande de **prise en charge hospitalière**
- > **Géolocalisez** les professionnels de santé à proximité
- > Gérez **votre profil** et celui de **vos bénéficiaires** et vérifiez l'état de la **télétransmission**

# ESPACE EMPLOYEUR



[www.collecteam.fr](http://www.collecteam.fr)

- > Accès **sécurisé** à votre espace sur [www.collecteam.fr](http://www.collecteam.fr)
- > Accès avec une **vision regroupée** en cas de gestion d'établissements multiples
- > **Gestion des adhésions en direct** : affiliation, radiation, ajout de bénéficiaires, déclaration de portabilité, etc.
- > **Données statistiques démographiques et de télétransmission** des assurés
- > Visualiser **les appels de cotisation**

## FAQ



# Un seul contrat par agent / Comment le choisir ?

## > Choix d'un contrat personnalisé

- > Quelle formule me convient le mieux ?
- > De quoi ai-je besoin ?
- > Quel consommateur de services je suis ?



## > Prise en charge employeur :

- > Quel montant est pris en charge ?
- > Quel est mon reste à charge ?
- > Ai-je une distinction Isolé / Duo / Famille ?



# Un seul contrat par agent / Comment le choisir ?

> Mes outils pour comparer mes contrats :

- > Simulateur CDG
- > Ligne téléphonique Collecteam

**02.36.56.00.02**  
(du lundi au vendredi de 9h – 12h / 14h – 17h)  
ou [crc@collecteam.fr](mailto:crc@collecteam.fr)

	PROPOSITION COLLECTEAM			MON CONTRAT ACTUEL	COMPARAISON AVEC	INSTRUCTIONS
	ISOLE					
	SOCLE	RENFORT 1	RENFORT 2	Saisir vos garanties ci-dessous	SOCLE	
ACTES COURANTS						
Consultation Généraliste / OPTAM	100%	150%	200%		N/C	Le tableau ci-contre ne saurait englober dans son approche toutes les garanties qu'un contrat « santé » peut proposer. Il se limite aux <b>éléments récurrents, essentiels et surtout comparables</b> dans leur valeur (un pourcentage BRSS ne saurait être comparé à un montant).  Au-delà de ces considérations, une simple comparaison des garanties contractuelles entre deux offres de protection sociale « santé » ne peut constituer une étude exhaustive et suffisante. Il convient également d'y intégrer la dimension prix ou encore les conditions d'adhésion et d'indemnisation.  Cependant, elle vous présentera un <b>premier niveau de lecture</b> dont l'analyse pourra contribuer à <b>dégager une offre plus couvrante</b> .  NB : Si deux éléments ne peuvent être comparés, laisser la cellule vide.
Consultation Généraliste / Non OPTAM	100%	150%	180%		N/C	
Consultations / visites spécialistes / OPTAM	100%	150%	200%		N/C	
Consultations / visites spécialistes / Non OPTAM	100%	130%	180%		N/C	
Petite chirurgie et actes techniques médicaux / OPTAM	100%	150%	200%		N/C	
Petite chirurgie et actes techniques médicaux / Non OPTAM	100%	130%	180%		N/C	
Imagerie médicale / radiologie OPTAM	100%	150%	200%		N/C	
Imagerie médicale / radiologie Non OPTAM	100%	130%	180%		N/C	
Analyses médicales en laboratoire / examens	100%	125%	150%		N/C	
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)	100%	150%	200%		N/C	
Médicaments remboursés	100%	100%	100%		N/C	
HOSPITALISATION						
Soins et frais de séjour hospitaliers	100%	150%	200%		N/C	NB : Si deux éléments ne peuvent être comparés, laisser la cellule vide.
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux OPTAM C.O	100%	150%	200%		N/C	
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux Non OPTAM C.O	100%	130%	180%		N/C	
Forfait hospitalier journalier, forfait actes lourds, forfait patient urgences	100%	100%	100%		N/C	
Chambre particulière (hors psychiatrie) - Par nuit et par bénéficiaire		60	90		N/C	
Chambre ambulatoire (par jour)		30	60		N/C	
DENTAIRE						
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale - par an		300	550		N/C	NB : Si deux éléments ne peuvent être comparés, laisser la cellule vide.
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	125%	250%	400%		N/C	
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale - Forfait par an et par bénéficiaire		500	800		N/C	
Parodontologie non remboursée - par an		250	350		N/C	
Implantologie (par an)		500	900		N/C	
OPTIQUE						
Monture	40	90	100	20	Plus avantageux	Collecteam est plus avantageux  Niveau de garantie identique  Collecteam est moins avantageux
Verre simple - Forfait par verre	30	70	100		N/C	
Verre complexe - Forfait par verre	80	120	220		N/C	
Verre très complexe - Forfait par verre	80	170	260		N/C	
PRIX DU CONTRAT (En euros)						
	39,5	75	100			

## EN BREF :



**Une seule participation financière de l'employeur**



**Une adhésion réfléchie**



**Un tarif unique à partir de 3 personnes**



**Pas de participation de plusieurs employeurs**



**Pas de participation employeur si dispositif différent (labellisation / Convention de Participation)**



**Merci de votre attention**

**Vous avez besoin d'un complément d'information ?**



**Pour toute question relative au régime  
de complémentaire santé :**

Vos interlocuteurs dédiés au :

**02.36.56.00.02**

*(du lundi au vendredi de 9h – 12h / 14h – 17h)*

ou **[crc@collecteam.fr](mailto:crc@collecteam.fr)**

