



LOURMEL

Agir ensemble pour mieux vous protéger

TRÉMA SANTÉ COLLECTIVE

LOURMEL,
LE PARTENAIRE
PRIVILÉGIÉ POUR VOTRE
COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ D'ENTREPRISE

OFFRE ENTREPRISES



TRÉMA COLLECTIVE, L'EXPERTISE D'UN ACTEUR DE LA PROTECTION SOCIALE, AU SERVICE DES ENTREPRISES ET DE LEURS SALARIÉS

Tréma Santé Collective est une complémentaire santé à la carte et modulable, qui propose 7 niveaux de garanties, 6 tarifications possibles (du salarié seul à toute la famille). Conçue pour être en totale conformité avec le 100% santé, elle propose différents paniers de soins et laisse le choix aux salariés d'opter pour des combinaisons qui correspondent le mieux à leurs besoins, (reste à charge zéro, reste à charge maîtrisé ou tarifs libres).

Vos salariés pourront s'ils le souhaitent compléter la formule que vous avez choisie initialement, sans aucune démarche administrative ni surcoût pour l'entreprise, grâce à un contrat Tréma Santé Supplémentaire Individuel.



LA SOLUTION 100% CONFORMITÉ



Depuis le 1^{er} janvier 2016, vous avez l'obligation de proposer à vos salariés, une couverture santé respectant un panier de soins minimum et de prendre en charge au moins 50% de la cotisation. Conçues pour être en conformité avec le cahier des charges des contrats responsables (décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014) et au panier de soins « ANI » (décret n°2014-2015 du 8 septembre 2014), toutes les formules Tréma Santé Collective vous garantissent une parfaite sécurité réglementaire.

DES AVANTAGES POUR TOUS :



- ✔ Une complémentaire santé **à la carte** et modulaire.
- ✔ Un choix parmi **7 niveaux de garanties** et **6 structures tarifaires** (du salarié seul à la famille au complet) s'adaptant à votre budget et votre politique sociale.
- ✔ Un outil de **fidélisation** et de **motivation**.
- ✔ Un **accompagnement** par un interlocuteur dédié qui vous connaît, sensible à votre profession, pour une mise en place aisée.
- ✔ Une mise en place facilitée grâce au **pack employeur**.
- ✔ Des cotisations **exonérées** de charges sociales et déductibles du bénéfice imposable.

(1) Vaccin prescrit ayant reçu une autorisation de mise sur le marché. Montant en euros : plafond par an et par bénéficiaire.
(2) Le remboursement annuel des prestations en matériel médical, prothèses dentaires (hors 100% santé), prothèses auditives (hors 100% santé) est plafonné à 10 000 €/an et par bénéficiaire, remboursement au niveau panier de soins (décret n°2014-1025 du 08/09/2014) non compris.
(3) Sans limitation de durée.
(4) Prise en charge suivant les dispositions de l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale.
(5) Équipement 100% Santé «Classe A», pris en charge tel que défini par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L.165-1 (LPP) du code de la Sécurité sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente définis par la réglementation.
(6) Renouvellement : <ul style="list-style-type: none"> pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge, pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : après une période minimale de 12 mois après le dernier remboursement d'un équipement. Par dérogation, le renouvellement anticipé de ces équipements est possible dans les conditions prévues par l'article L 165-1-2 du code de la Sécurité sociale. Dans ce cas, les remboursements des options Lx5, Lx6 et Lx7 sont limités à ceux prévus à l'option Lx4.
(7) Dans le respect des minima du décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et dans la limite de prix fixés en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100 €.
(8) Verres simples (verres mentionnés au a) de l'article 1 ^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019) : <ul style="list-style-type: none"> verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries. Verres intermédiaires (verres mentionnés au c) de l'article 1 ^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019) : <ul style="list-style-type: none"> verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries. Verres complexes (verres mentionnés au c) de l'article 1 ^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019) : <ul style="list-style-type: none"> verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.
(9) Remboursement maximum des équipements optiques, régime obligatoire inclus (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019) : <ul style="list-style-type: none"> équipement monture + 2 verres simples : 420 €, équipement monture + 1 verre simple + 1 verre intermédiaire : 560 €, équipement monture + 1 verre simple + 1 verre complexe : 610 €, équipement monture + 2 verres intermédiaires : 700 €, équipement monture + 1 verre intermédiaire + 1 verre complexe : 750 €, équipement monture + 2 verres complexes : 800 €.
(10) Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.
(11) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an.
(12) Soins et prothèses relevant du «100% Santé», définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 du code la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code la Sécurité sociale.
(13) Les soins dentaires s'entendent par les actes codés AXI, END, SDE et TDS des codes de regroupement de la CCAM Dentaire.
(14) Prothèses hors «100% Santé», auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation. Dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 du code la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code la Sécurité sociale.
(15) Limité à un appareil par oreille par période de quatre ans, par bénéficiaire et selon les conditions précisées dans l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.
(16) S'entend comme pris en charge par la S.S., les accessoires suivants : <ul style="list-style-type: none"> écouteurs, microphone, embout auriculaire pour : <ul style="list-style-type: none"> bénéficiaire de moins de 2 ans => 4 embouts / an / appareil, bénéficiaire de plus de 2 ans => 1 embout / an / appareil. pile sans mercure.

(17) Les médecines complémentaires et alternatives agréées comprennent les spécialités suivantes :

- ostéopathes titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession,
- chiropracteurs diplômés par une école en France et membre de l'AFC,
- acupuncteurs inscrits au conseil de l'ordre des médecins,
- étioopathes inscrits au Registre National des Étioopathes auprès du Ministère de la santé publique (RNE),
- diététiciens titulaires du titre dans le respect des lois et décrets régissant la profession,
- pédicures-podologues titulaires d'un diplôme d'état de pédicure-podologue,
- psychologues titulaires d'un diplôme universitaire de psychologie.

(18) S'entend par bénéficiaire, en montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances indiquées par an. Remboursement sur la base de factures acquittées.

(19) Montant en euros : limité à une cure par an et par bénéficiaire. Remboursement sur la base de factures acquittées.

(20) Prothèses auditives relevant du 100% Santé au 01.01.2021, définies par la réglementation, dans la limite des prix limites de vente fixés par l'avis du 28.11.2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.

OPTAM / OPTAM-CO : le praticien est reconnu en catégorie Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie Obstétrique.

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

FR : Frais réels.

PLV : Prix Limite de Vente.

Vous pouvez bénéficier du panier « 100% santé » qui vous donnera accès à des soins de qualité sans reste à charge, ou opter pour le panier reste à charge maîtrisé ou encore à tarifs libres, en fonction de vos besoins de santé.

100% SANTÉ :



LES DIFFÉRENTS PANIERS DE SOINS

◆ « RESTE À CHARGE ZÉRO » :

remboursements intégraux de l'assurance maladie et la complémentaire santé de certaines prothèses dentaires, auditives et lunettes 100% santé.

◆ « RESTE À CHARGE MAÎTRISÉ (OU MODÉRÉ) » :

s'applique à des soins de qualité supérieure dont les prix sont plafonnés et sans obligation pour la complémentaire santé d'une prise en charge intégrale.

◆ « TARIFS LIBRES » :

libre choix des techniques et matériaux plus sophistiqués. Ils seront remboursés sur la base du tarif de la Sécurité sociale et par la complémentaire santé, selon le contrat souscrit.



Exemples de remboursements du niveau de garanties L33⁽¹⁾



L'offre L33 est un contrat d'assurance santé responsable⁽²⁾.

HOSPITALISATION	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement par Lourmel pour l'offre L33	Reste à charge pour l'assuré pour l'offre L33
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	45 € / jour	Non connu

Séjours avec actes lourds - L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé

Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	794,04 €	794,04 €	770,04 €	24 €	0 €
Honoraires médecins (adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé (honoraires chirurgien)	413 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	5,45 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé (honoraires chirurgien)	451 €	271,70 €	271,70 €	0 €	179,30 €

Séjours sans actes lourds - L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou d'une pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public

Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 333,75 €	3 333,75 €	2 667,00 €	666,75 €	0 €

SOINS COURANTS

Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé

Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)⁽³⁾

Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)

Remboursement par Lourmel pour l'offre L33

Reste à charge pour l'assuré pour l'offre L33

	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement par Lourmel pour l'offre L33	Reste à charge pour l'assuré pour l'offre L33
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
Ex. : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € (participation forfaitaire)
Ex. : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex. : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € (participation forfaitaire)
Honoraires médecins (adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassements si prévus au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassements selon votre contrat
Ex. : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex. : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	44 €	30 €	20 €	23 €	1 € (participation forfaitaire)
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassements si prévus au contrat (remboursement des dépassements plafonnés à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire plus dépassements selon votre contrat
Ex. : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55 €	23 €	16,10 €	6,90 €	32 €
Ex. : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	58 €	23 €	15,10 €	7,90 €	35 €
Matériel médical	Dépassements maîtrisés	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Ex. : achat d'une paire de béquilles	25,63 €	24,40 €	14,64 €	10,99 €	0 €

DENTAIRE	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement par Lourmel pour l'offre L33	Reste à charge pour l'assuré pour l'offre L33
-----------------	---	--	---	--	---

Soins et prothèses 100 % santé	Prix moyen national	BR	70 % BR	30 % BR + dépassements dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex. : couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €
Soins hors 100 % santé	Tarif de convention	BR	70 % BR	30 % BR + dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Ex. : détartrage Soins	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
Prothèses hors 100 % santé	Prix moyen national	BR	70 % BR	30 % BR + dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Ex. : couronne céramo-métallique sur molaires	547,90 €	120 €	84 €	336 €	127,90 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Ex. : traitement par semestre (6 maximum)	720 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	333 €

OPTIQUE	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement par Lourmel pour l'offre L33	Reste à charge pour l'assuré pour l'offre L33
----------------	---	--	---	--	---

Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0 €
Ex. : verres simples et monture	41 € (par verre) 30 € (monture)	12,75 € (par verre) 9 € (monture)	7,65 € (par verre) 5,40 € (monture)	33,35 € (par verre) 24,60 € (monture)	0 €
Ex. : verres progressifs et monture	90 € (par verre) 30 € (monture)	27 € (par verre) 9 € (monture)	16,20 € (par verre) 5,40 € (monture)	73,80 € (par verre) 24,60 € (monture)	0 €
Équipement hors 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévus au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex. : verres simples et monture	100 € (par verre) 139 € (monture)	0,05 € (par verre) 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) 0,03 € (monture)	37,54 € (par verre) 74,97 € (monture)	188,87 €
Ex. : verres progressifs et monture	231 € (par verre) 139 € (monture)	0,05 € (par verre) 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) 0,03 € (monture)	87,54 € (par verre) 74,97 € (monture)	350,87 €

OPTIQUE

	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement par Lourmel pour l'offre L33	Reste à charge pour l'assuré pour l'offre L33
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévue au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	Non communiqué	Non connu	Non connu	135 €	Non connu
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévue au contrat	Selon contrat
Opération corrective de la myopie	Non communiqué	Non connu	Non connu	150 € / œil	Non connu

AIDES AUDITIVES

	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement par Lourmel pour l'offre L33	Reste à charge pour l'assuré pour l'offre L33
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	0 €
Équipement par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement hors 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassements si prévus au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Équipement par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 534 €	400 €	240 €	360 €	934 €

(1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

(2) Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et des maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

(3) La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un pourcentage de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

(4) Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édité par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).

UN CONTRAT SOUPLE ET FACILE À METTRE EN PLACE EN 4 ÉTAPES :

- 1 Souscription au contrat**
Contactez-nous pour recevoir votre pack employeur qui contient tous les éléments administratifs nécessaires à votre adhésion et les outils de communication à destination de vos salariés.
- 2 Information des salariés**
Utilisez le support de présentation que vous trouverez dans votre pack employeur. Remettez leur la déclaration d'affiliation au contrat collectif ainsi que le bulletin de participation facultative « Tréma santé supplémentaire ».
- 3 Adhésion des salariés**
Collectez les déclarations d'affiliation individuelle complétées et les pièces justificatives (RIB + attestation carte vitale). Adressez l'ensemble à Lourmel : 108 rue de Lourmel 75718 Paris cedex 15.
- 4 Confirmation d'adhésion**
Vous recevrez le certificat d'adhésion au contrat collectif. Vos salariés adhérents recevront leur carte de tiers payant et un récapitulatif de leurs garanties.



GÉREZ VOTRE CONTRAT EN TOUTE SIMPLICITÉ

grâce à votre espace personnel sur notre site www.lourmel.com et votre application mobile Lourmel



NOUS CONTACTER



Nos conseillers sont à votre disposition afin d'étudier avec vous la formule la mieux adaptée à vos besoins. Contactez-les pour obtenir plus d'informations :

par e-mail : contact-entreprises@lourmel.asso.fr

par téléphone : 0 809 10 28 08 Service gratuit + prix appel

Du lundi au vendredi de 9h à 18h

LES SERVICES

- Consultez** vos garanties.
- Accédez** à vos remboursements détaillés.
- Téléchargez** votre carte de tiers payant.
- Posez** vos questions via la messagerie sécurisée.



LOURMEL

Agir ensemble pour mieux vous protéger