
À vos côtés

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ ET PRÉVOYANCE

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE
LA FABRICATION ET DU COMMERCE DES
PRODUITS À USAGE PHARMACEUTIQUE,
PARAPHARMACEUTIQUE ET VÉTÉRINAIRE
(FC3PV) - IDCC 1555

Édition 2022

apgis



L'APGIS est le partenaire
de la branche de la
FC3PV depuis de
nombreuses années

Pourquoi choisir d'adhérer au régime frais de santé et prévoyance proposé par l'APGIS ?

- **Être en conformité** avec vos **obligations conventionnelles et réglementaires**, tout en bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux
- Disposer d'un régime santé et prévoyance assurant une **mutualisation entre tous les adhérents** : pas de sélection médicale, stabilité des taux de cotisation, amélioration des garanties
- Proposer un **régime obligatoire répondant à vos obligations conventionnelles** pour vos salariés
- **Accéder à une gestion performante, rapide et simplifiée** des remboursements santé et une offre de services accessible à tout moment

- Permettre à votre salarié **de renforcer et/ou d'étendre ses couvertures** santé au profit de ses ayants droit non à charge, moyennant une cotisation à sa charge

APGIS, partenaire de votre protection sociale

Depuis 45 ans, l'APGIS, institution de prévoyance, affiliée au groupe COVÉA, est l'assureur complémentaire d'une protection sociale collective, solidaire et innovante, au profit des branches professionnelles, des entreprises et de leurs salariés. Elle accompagne au quotidien près de 40 000 entreprises et 850 000 bénéficiaires.



L'APGIS consacre 7,81 %* des cotisations HT perçues pour gérer votre contrat au quotidien (traitement des dossiers, encaissement des cotisations, relations avec les assurés, etc.)

* pour l'année 2020

Le montant des prestations versées en santé représente **89,43 %** du montant des cotisations hors taxes*

Pour plus d'informations sur le régime frais de santé et prévoyance et adhérer, vous pouvez nous contacter au :

01 49 57 16 50 ou

01 49 57 16 75

relationsexterieurs@apgis.com

Garanties santé

au 1^{er} janvier 2022

NATURE DES GARANTIES (1)	PRESTATIONS (1) RÉGIME PROFESSIONNEL CONVENTIONNEL (RPC)		PRESTATIONS RÉGIME SUPPLÉMENTAIRE OPTIONNEL (RSO)(2)	
HOSPITALISATION (y compris maternité)				
Forfait journalier hospitalier	100 % FR		100 % FR	
Frais de séjour				
• Séjour en secteur conventionné	200 % BR		200 % BR	
• Séjour en secteur non conventionné	150 % BR		150 % BR	
Honoraires (consultations et actes)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO
• Médicaux	200 % BR	180 % BR	200 % BR	180 % BR
• Chirurgicaux	400 % BR	200 % BR	400 % BR	200 % BR
Chambre particulière non remboursée par le RO	45 € par jour		60 € par jour	
Lit d'accompagnant d'un bénéficiaire âgé de moins de 12 ans , non remboursé par le RO	22,87 € par jour		22,87 € par jour	

SOINS COURANTS (y compris maternité)				
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO
Honoraires médicaux				
• Consultations et visites de généraliste	100 % BR	100 % BR	120 % BR	100 % BR
• Consultations et visites de spécialiste	170 % BR	150 % BR	240 % BR	200 % BR
• Actes techniques médicaux	370 % BR	200 % BR	370 % BR	200 % BR
• Actes d'imagerie médicale	180 % BR	160 % BR	180 % BR	160 % BR
Honoraires paramédicaux				
• En secteur conventionné	100 % BR		100 % BR	
• En secteur non conventionné	240 % BR		240 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR		100 % BR	
Médicaments				
• Médicaments remboursés par le RO	100 % FR		100 % FR	
Matériel médical (hors aides auditives et optique)	240 % BR		270 % BR	
Déplacement et majoration visites de nuit ou jour férié	100 % BR		100 % BR	

ABRÉVIATIONS :

BR : Base de remboursement du régime Obligatoire. En secteur non conventionné, l'Institution applique le tarif d'autorité de cet organisme



BRR : Base de remboursement reconstitué d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée **OPTAM-CO** : Option pratique tarifaire maîtrisée Chirurgie et obstétrique. L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr>

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

RSS : Remboursement du Régime obligatoire de Sécurité sociale

NATURE DES GARANTIES (1)	PRESTATIONS (1) RÉGIME PROFESSIONNEL CONVENTIONNEL (RPC)	PRESTATIONS RÉGIME SUPPLÉMENTAIRE OPTIONNEL (RSO)(2)
AIDES AUDITIVES		
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée.		
Équipement « 100% SANTÉ » * 	100 % FR *	
Équipement Hors « 100 % SANTÉ » - Tarif libre *		
<ul style="list-style-type: none"> Bénéficiaire de 20 ans ou plus 	1 000 € par oreille appareillée, limité à 1 700 € par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO	1 200 € par oreille appareillée, limité à 1 700 € y compris le remboursement RO par oreille et par bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité 	1 700 € par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO	1 700 € par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	240 % BR	270 % BR
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTÉ » * : (3) 	100 % FR *	
Soins Hors « 100 % SANTÉ » *		
<ul style="list-style-type: none"> Soins dentaires et inlays-onlays Tarif maîtrisé et libre 		
<p style="text-align: center;">En secteur conventionné</p>	175 % BR	175 % BR
<p style="text-align: center;">En secteur non conventionné</p>	280 % BR	280 % BR
Prothèses dentaires Hors « 100 % SANTÉ » *		
<ul style="list-style-type: none"> Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre 	400 % BR	483 % BR
<ul style="list-style-type: none"> Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes) 	400 % BRR	483 % BRR
<ul style="list-style-type: none"> Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre 	400 % BR	483 % BR
Orthodontie		
<ul style="list-style-type: none"> Remboursée par le RO 	298 % BR	483 % BR
<ul style="list-style-type: none"> Non remboursée par le RO 	298 % BRR	483 % BRR
Autres prestations dentaires		
<ul style="list-style-type: none"> Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant) 	250 € par implant limité à 2 implants par an et par bénéficiaire	250 € par implant limité à 2 implants par an et par bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie dentaire 	325,50 % BR	325,50 % BR

(*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100% Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limités de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100% Santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100% Santé ».

(1) Selon les dispositions prévues au Contrat.

(2) Sauf mention contraire, les prestations ci-dessus s'entendent **Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSÉES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE et celles versées au titre du RPC**


(3) Entrée en vigueur progressive à partir du 1^{er} janvier 2020 du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

Les présentes Garanties sont considérées comme responsables et respectent les obligations de prise en charge minimales et les plafonds fixés par les articles L.871-1 et L.911-7 et leurs textes d'application. Dans ce cadre, elles sont susceptibles d'évoluer en

cas de modification de ces textes.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100 % Santé ».

Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s'entendent «Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSÉES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) », c'est-à-dire que les prestations incluent le remboursement effectué par le Régime Obligatoire (RO). Lorsque la prestation est exprimée en euro, elle s'additionne à celle du Régime obligatoire à l'exclusion des Garanties monture et verres. Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge. Les Garanties exprimées avec une limitation «par an et par bénéficiaire» sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre. Dans tous les cas, le total des remboursements du Régime obligatoire, de l'Institution, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

NATURE DES GARANTIES (1)	PRESTATIONS (1) RÉGIME PROFESSIONNEL CONVENTIONNEL (RPC)	PRESTATIONS RÉGIME SUPPLÉMENTAIRE OPTIONNEL (RSO)(2)
OPTIQUE (Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO)		
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées.		
Équipement « 100% SANTÉ » * Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres 	100 % FR *	
Équipement Hors « 100% SANTÉ » - Tarif libre *		
• Monture		
Bénéficiaire de 16 ans ou plus	77 € par monture	100 € par monture
Bénéficiaire de moins de 16 ans	57 € par monture	57 € par monture
• Verres		
Bénéficiaire de 16 ans ou plus		
- Par verre simple	90 €	110 €
- Par verre complexe	210 €	240 €
Par verre hypercomplexe	220 €	251 €
Bénéficiaire de moins de 16 ans		
- Par verre simple	66 €	92 €
- Par verre complexe	110 €	131 €
Par verre hypercomplexe	160 €	171 €
• Prestations d'appairage	100 % BR	100 % BR
• Prestations d'adaptation	100 % BR	100 % BR
Lentilles correctrices		
• Remboursées ou non par le RO	92 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire
Autres prestations optiques		
• Chirurgie corrective des yeux	500 € par œil	500 € par œil
Matériel médical optique	240 % BR	270 % BR

AUTRES GARANTIES

Transport	100 % BR	100 % BR
Cure thermale (1)		
• Remboursée par le RO	5,18 € par jour	5,18 € par jour
Médecine douce (1)		
• Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étioathe	Néant	30 € par séance, limité à 2 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage		
• Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR	100 % BR

ABRÉVIATIONS :

BR : Base de remboursement du régime Obligatoire. En secteur non conventionné, l'Institution applique le tarif d'autorité de cet organisme

BRR : Base de remboursement reconstitué d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée **OPTAM-CO** : Option pratique tarifaire maîtrisée Chirurgie et obstétrique. L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr>

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

RSS : Remboursement du Régime obligatoire de Sécurité sociale

Exemples de remboursement

Ces exemples se basent sur les garanties du régime professionnel conventionnel obligatoire



Soins courants

Consultation d'un médecin spécialiste

avec dépassement
d'honoraires libres
(non-adhérent à un OPTAM **)

Prix moyen pratiqué *
57,00 €

Remboursement RO *
16,10 € ***

Reste à charge
22,50 €

Remboursement APGIS *
18,40 €



Optique

100% santé

Équipement optique
- Monture + verres
unifocaux

Prix limite de vente *
125 € (monture à 30 €)

Remboursement RO *
22,50 €

Reste à charge
0 €

Remboursement APGIS *
102,50 €



Dentaire

100% santé

Couronne céramo-
métallique sur incisives,
canines et 1^{res}
pré-molaires

Honoraire limite de
facturation *
500,00 €

Remboursement RO *
84,00 €

Reste à charge
0 €

Remboursement APGIS *
416,00 €



Panier libre

Équipement optique
- Monture + verres
unifocaux

Prix moyen pratiqué *
339,00 €

Remboursement RO *
0,09 €

Reste à charge
82,00 €

Remboursement APGIS *
256,91 €

Panier Maîtrisé

Couronne céramique hors
zircone 2^e pré-molaire

Honoraire limite de
facturation *
550,00 €

Remboursement RO *
84,00 €

Reste à charge
70,00 €

Remboursement APGIS *
396,00 €



Aides auditives

100% santé

Équipement auditif -
Prix par oreille, pour un
bénéficiaire de 20 ans
ou plus

Prix limite de vente *
950,00 €

Remboursement RO *
240,00 €

Reste à charge
0 €

Remboursement APGIS *
710,00 €

Panier libre

Couronne céramo-
métallique sur molaires

Prix moyen *
600,00 €

Remboursement RO *
84,00 €

Reste à charge
120,00 €

Remboursement APGIS *
396,00 €

Panier libre

Équipement auditif -
Prix par oreille, pour un
bénéficiaire de 20 ans
ou plus

Prix moyen *
1 600,00 €

Remboursement RO *
240,00 €

Reste à charge
600,00 €

Remboursement APGIS *
760,00 €

Les exemples sont réalisés sur la base des tableaux de garanties pour l'année 2022.

* Les tarifs, dépenses, remboursements et restes à charge sont présentés en valeur absolue en euros.

** OPTAM : Option de pratique tarifaire maîtrisée

*** Avant déduction de la participation forfaitaire de 1 €, non garantie par le régime

Cotisations Régime Frais de santé

au 1^{er} janvier 2022

		RPC		RSO
		Régime général	Régime Alsace-Moselle	
Employeur	TA	0,860%	0,640%	0,090%
	TB	0,735%	0,515%	0,090%
Salarié	TA	0,610%	0,390%	0,090%
	TB	0,735%	0,515%	0,090%
Total	TA	1,470%	1,030%	0,180%
	TB	1,470%	1,030%	0,180%

		RPC		RSO
		Régime général	Régime Alsace-Moselle	
Employeur	TA	1,315%	0,921%	0,120%
	TB	1,315%	0,921%	0,120%
Salarié	TA	1,315%	0,921%	0,120%
	TB	1,315%	0,921%	0,120%
Total	TA	2,630%	1,842%	0,240%
	TB	2,630%	1,842%	0,240%

Pour le RPC, cela représente une cotisation minimale en santé pour le Régime Général de 1 % du PMSS pour les cadres et de 0,83 % du PMSS pour les non cadres et une cotisation santé pour le Régime Alsace Moselle de 0,7 % du PMSS pour les cadres et de 0,582 % du PMSS pour les non cadres. Pour le RSO, cela représente une cotisation minimale en santé de 0,156 % du PMSS pour les cadres et de 0,110 % du PMSS pour les non cadres.

Garanties Prévoyance

au 1^{er} janvier 2022

	RÉGIME PROFESSIONNEL CONVENTIONNEL (RPC)		RÉGIME SUPPLÉMENTAIRE OPTIONNEL (RSO) (1)	
	OPTION 1 Capital décès avec majoration pour Personne à charge	OPTION 2 Capital décès et rente éducation	OPTION 1 Capital décès avec majoration pour Personne à charge	OPTION 2 Capital décès et rente éducation

DÉCÈS - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE PAR MALADIE

Versement d'un capital, exprimé en pourcentage du salaire de référence (tranches A et B)* égal à :

• Célibataire, veuf, divorcé sans personne à charge	180%	180 % quelle que soit la situation de famille	300%	300 % quelle que soit la situation de famille
• Marié, Pacsé sans personne à charge	250%		400%	
• Célibataire, veuf, divorcé avec une personne à charge	310%		485%	
• Par personne à charge supplémentaire	60%		85%	

DÉCÈS - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE PAR ACCIDENT

Versement d'un capital, exprimé en pourcentage du salaire de référence (tranches A et B)* égal à :

• Célibataire, veuf, divorcé sans personne à charge	270%	270 % quelle que soit la situation de famille	450%	450 % quelle que soit la situation de famille
• Marié, Pacsé sans personne à charge	375%		600%	
• Célibataire, veuf, divorcé avec une personne à charge	465%		727,50%	
• Par personne à charge supplémentaire	90%		127,50%	

RENTE ÉDUCATION

Chaque enfant à charge tel que défini dans la convention d'assurance perçoit une rente temporaire annuelle, exprimée en pourcentage du salaire de référence (tranches A et B)*, égale à :

• Jusqu'au 18 ^e anniversaire de l'enfant à charge	Néant	12%	Néant	16%
• Du 18 ^e au 27 ^e anniversaire, pour les enfants à charge handicapés et dans les conditions définies à la convention d'assurance		15%		20%

La rente éducation est doublée si l'enfant est orphelin de père et de mère

DOUBLE EFFET

Versement d'un capital égal à **100 % de celui défini à la garantie décès par maladie** calculé d'après le nombre d'enfants effectivement à charge du conjoint au moment de son décès et à l'exclusion du capital majoré en cas de mort accidentelle

DÉCÈS DU CONJOINT, D'UN ENFANT À CHARGE OU D'UN ASCENDANT À CHARGE DU PARTICIPANT

Ce capital est versé au Participant lui-même en cas de décès de son conjoint d'un enfant à charge ou d'un ascendant à charge et est fixé comme suit :

En cas de décès du conjoint	20 % du salaire de référence (tranches A et B)*, majoré de 10 % par personne à charge
En cas de décès d'un enfant ou d'un ascendant à charge	20 % du plafond annuel de la Sécurité sociale** en vigueur à la date du décès

Ce capital est limité aux frais d'obsèques pour les enfants à charge de moins de 12 ans et est versé, dans tous les cas à la personne physique ou morale qui a assumé les frais d'obsèques, sur remise des pièces justificatives

INCAPACITÉ TEMPORAIRE ***

Vie privée (hors accident du travail et maladie professionnelle)

Versement d'une indemnité journalière en complément de celle versée par le Régime obligatoire, égale à :

30 % de la tranche A du salaire de référence et **90 % de la tranche B** du salaire de référence

Franchise

- de 1 an de présence dans l'entreprise : **à partir du 16^e jour**
+ de 1 an de présence dans l'entreprise : **à partir du 31^e jour**

Accident du travail et maladie professionnelle

Versement d'une indemnité journalière complémentaire à celle du régime obligatoire de façon à garantir :

90 % du salaire de référence (tranches A et B) à compter du **1^{er} jour** d'arrêt de travail

INVALIDITÉ

Versement d'une rente annuelle, en complément de celle versée par le Régime obligatoire, égale à :

2 ^e catégorie ou 3 ^e catégorie	30 % de la tranche A du salaire de référence et 90 % de la tranche B du salaire de référence
1 ^{re} catégorie	Rente de la 2^e ou 3^e catégorie réduite de 25 %

INCAPACITÉ PERMANENTE ***

Versement d'une rente annuelle, y compris celle versée par le Régime obligatoire, égale à :

N > ou = 50 %	90 % du salaire de référence (tranches A et B)
N > ou = 20 % et < 50 % Lorsque ce résultat est supérieur au montant de la rente annuelle du Régime obligatoire d'assurance maladie, versement au participant de la différence	90 % du salaire de référence (tranches A et B) réduit dans le rapport existant entre le taux de la rente servie par le Régime obligatoire d'assurance maladie et le taux limite de 50 %
N < 20 %	Aucune rente

N = taux d'incapacité permanente

(1) les prestations s'entendent y compris celles versées au titre du RPC.

* Salaire de référence : salaire retenu pour le calcul des prestations et des cotisations correspondant à la rémunération brute déclarée par l'Entreprise adhérente à l'administration fiscale et sous déduction des indemnités de toute nature versées à l'occasion ou au titre de la fin du contrat de travail.

Le salaire de référence est ventilé en tranches A et B. Elles sont définies comme suit :

- Tranche A : fraction du salaire limitée au Plafond annuel de la Sécurité sociale
- Tranche B : fraction du salaire comprise entre 1 et 4 fois le Plafond de la Sécurité sociale

** Plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) fixé à 41 136 € pour 2022

*** Le cumul des sommes versées par l'Institution, le Régime Obligatoire, l'Entreprise adhérente, le cas échéant, notamment au titre d'une activité professionnelle à temps partiel, et tout autre revenu de remplacement, ne peut conduire le Participant à percevoir plus de 100 % du salaire de référence net.

Cotisations Prévoyance

au 1^{er} janvier 2022

Personnel cadre		RPC	RSO
Employeur	TA	1,250%	0,150%
	TB	0,625%	0,150%
Salarié	TA	0,000%	0,150%
	TB	0,625%	0,150%
Total	TA	1,250%	0,300%
	TB	1,250%	0,300%

Personnel non cadre		RPC	RSO
Employeur	TA	0,775%	0,150%
	TB	0,775%	0,150%
Salarié	TA	0,775%	0,150%
	TB	0,775%	0,150%
Total	TA	1,550%	0,300%
	TB	1,550%	0,300%

Concernant le régime santé et prévoyance des salariés cadres, la répartition entre l'employeur et le salarié s'effectue comme suit :

- 1,50 % de la tranche « TA » est entièrement pris en charge par l'employeur avec une prise en charge affecté en priorité sur le risque décès-incapacité-invalidité, conformément aux

dispositions de l'article 7 de la convention collective des cadres du 14 mars 1947 ;

- les cotisations additionnelles au titre du régime professionnel conventionnel sont prises en charge à raison de 50 % par l'employeur et de 50 % par le salarié.

Un accompagnement complet

Une gestion facilitée de votre adhésion

- **Espace entreprise** : téléchargement des documents contractuels, de gestion et d'information, affiliation ou radiation de votre personnel en ligne et en temps réel ; accès et transmission sécurisés ; accès aux services DSN.
- **Services DSN** : accès à la fiche de paramétrage DSN, consultation des DSN relatives aux cotisations déclarées et aux comptes rendus métiers, contact de l'assistance DSN.

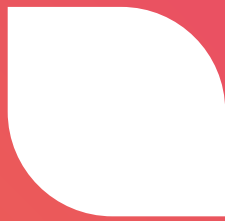
Un soutien en toutes circonstances de vos salariés et de leurs familles

Des services pour faciliter le quotidien

- **Un espace assuré en ligne et une application mobile Apgismobile** : les outils dédiés pour suivre les remboursements, accéder à tout moment à sa carte de tiers payant, effectuer des démarches, etc.
- **Grâce à IDECLAIR**, vos collaborateurs peuvent bénéficier d'un service d'information, d'analyse et de conseil sur l'optique, le dentaire et l'audioprothèse. Avant d'engager soins et dépenses, l'assuré demande au professionnel de santé un devis et le transmet à l'APGIS.
- **FILAPGIS** est une cellule conseil pour prévenir, accompagner et conseiller face aux difficultés de la vie quotidienne (santé, famille, aidant, difficultés financières, décès, etc.).
- **Avec la téléconsultation médicale**, vos salariés peuvent accéder à un professionnel de santé 24h/24 7j/7 en France et à l'étranger par téléphone ou depuis un site dédié. (Ce service est assuré par AXA Assistance France. S.A. au capital de 2 082 094 €. 311 338 339 RCS Nanterre. SIRET 311 338 339 00071. 6 rue André Gide 92320 Châtillon.)

Un dispositif de solidarité et de prévention

- Le fonds sur le Haut Degré de Solidarité, mis en place par les partenaires sociaux de votre branche, permet à vos salariés de bénéficier d'**aides financières** lorsqu'un salarié se retrouve **aidant d'un proche**, en cas de « **coups durs** » (hospitalisation, maladie grave, décès) et pour **agir sur leur santé** (nutrition, psychomotricité, dépistage, vaccination).
- Prise en charge partielle de la cotisation santé et prévoyance des apprentis.
- Sollicitation d'une aide auprès du fonds social, en fonction des ressources du foyer, pour le financement de certaines dépenses de santé.





APGIS - Institution de prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité sociale sous le n°930, régie par les articles L931-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.
SIREN N°304 217 904
Siège social : 12 rue Massue - 94684 VINCENNES cedex
www.apgis.com

Document non contractuel. Les informations fournies ne sont pas exhaustives. Pour connaître les conditions et limites du régime de protection sociale, reportez-vous au Contrat.