Complémentaire Santé



Sanaé Santé

Pour tous

ASAF & AFPS en partenariat avec emoa. Mutuelle

Sanaé Santé

Une complémentaire Santé à composer selon vos besoins et votre budget !

Le contrat Santé ASAF & AFPS conçu **en partenariat avec EMOA Mutuelle** est **destiné à tous,** célibataires, familles, seniors et travailleurs indépendants.

LE CONTRAT SANTÉ

CONFORME AU **100% SANTÉ**

Modulable et évolutif, **Sanaé Santé** vous assure une couverture sur les postes essentiels, avec **une protection renforcée en hospitalisation** et la possibilité d'ajouter **des renforts ciblés pour optimiser vos remboursements.**

3 NIVEAUX DE GARANTIE 140 160 200

- ✓ **Déductibilité loi Madelin** pour les assurés affiliés au régime TNS
- ✓ **Des Services + inclus sans supplément**
- ✓ Avec **Angel**, accédez à des professionnels de santé et des services : Téléconsultation, Itelis, Palmarès des Hôpitaux, soutien psychologique...

DES RENFORTS ADAPTÉS À VOS BESOINS

3 renforts améliorent vos garanties dès la 1ere année d'adhésion pour ajuster votre couverture selon vos priorités, notamment sur les postes les plus coûteux.

3 RENFORTS AU CHOIX et CUMULABLES

- RENFORT **HOSPITALISATION**
- RENFORT **BIEN-ÊTRE**
- RENFORT **OPTIQUE/DENTAIRE**

Votre fidélité est récompensée

La 2ème et la 3ème année d'adhésion, votre prise en charge évolue à la hausse grâce aux renforts.

Plus vous restez, plus votre couverture est avantageuse !

Les avantages des renforts

RENFORT **HOSPITALISATION**

Honoraires hospitaliers : remboursements élevés dés le 1er niveau et **jusqu'à 400 %** la 3ème année

Confort hospitalier : forfait chambre particulière **de 30€ à 80€ /jour**

RENFORT **BIEN-ÊTRE**

Médecine Douce : forfait de 30 € à 125 €
Cure thermale : forfait de 50 € à 150 €

RENFORT **OPTIQUE/DENTAIRE**

Prothèses dentaires et Orthodontie
forfait de 100 € à 300 €

Implantologie et parodontologie non remboursée par le régime obligatoire, forfait de 50 € à 150 €

Optique : monture et verres
Équipement *panier libre*, forfait de 50 € à 330 €

Des services d'assistance

Inclus dès l'adhésion, sans frais supplémentaire

De nombreuses prestations en cas d'hospitalisation prévue ou imprévue supérieure à 24h

- aide-ménagère,
- livraison de repas
- garde des enfants et petits-enfants,
- garde des animaux...

Des avantages tarifaires

- 10 % de réduction en cas d'adhésion Couple
- Gratuité à partir du 3ème enfant
- Jusqu'à 12 % de réduction en cas de souscription avec un contrat de prévoyance ASAF & AFPS

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ RESPONSABLE

SANAÉ SANTÉ

Les remboursements exprimés intègrent les remboursements du régime obligatoire.*
Ils sont versés selon les modalités définies dans la Notice d'information et dans le respect du cahier des charges du contrat responsable (art. L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale).

EN OPTION

3 renforts au choix et cumulables, souscription uniquement à l'adhésion*

RENFORT **HOSPI** RENFORT **BIEN-ÊTRE** RENFORT **OPTIQUE/DENTAIRE**

HOSPITALISATION		140	160	200
HONORAIRES				
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux DPTAM **(1)**		140 %	160 %	200 %
EN OPTION avec le RENFORT **HOSPI**	1ère année d'adhésion	200 %	200 %	200 %
	2ème année d'adhésion	300 %	300 %	300 %
	3ème année d'adhésion	400 %	400 %	400 %
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux NON DPTAM **(1)**		120 %	130 %	150 %
EN OPTION avec le RENFORT **HOSPI**	1ère année d'adhésion	180 %	180 %	180 %
	2ème année d'adhésion	200 %	200 %	200 %
	3ème année d'adhésion	200 %	200 %	200 %
AUTRES PRESTATIONS				
Forfait journalier hospitalier **(2)**		Frais réels		
Forfait patient urgences		Frais réels		
Frais de séjour en établissements conventionnés		Frais réels		
Frais de séjour en établissements non conventionnés		100 %		
Chambre particulière (par jour), y compris en ambulatoire **(3)**		-	-	30 €
EN OPTION avec le RENFORT **HOSPI**	1ère année d'adhésion	30 €	40 €	50 €
	2ème année d'adhésion	35 €	50 €	65 €
	3ème année d'adhésion	40 €	60 €	80 €

SOINS COURANTS	140	160	200
HONORAIRES MÉDICAUX			
Consultations (y compris téléconsultation) et visites médecins généralistes et spécialistes DPTAM	100 %	120 %	120 %
Consultations (y compris téléconsultation) et visites médecins généralistes et spécialistes NON DPTAM	100 %	100 %	100 %
Actes de radiologie, d'imagerie et d'échographie DPTAM	100 %	120 %	120 %
Actes de radiologie, d'imagerie et d'échographie NON DPTAM	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux et chirurgicaux DPTAM	100 %	120 %	120 %
Actes techniques médicaux et chirurgicaux NON DPTAM	100 %	100 %	100 %
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale (jusqu'à 12 séances/an) – dispositif Mon Soutien psy	100 %		
HONORAIRES PARAMÉDICAUX			
Honoraires auxiliaires médicaux **(4)**	100 %	100 %	120 %
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	120 %
MÉDICAMENTS			
Médicaments remboursés à 65 % de la BR par le RO à service médical rendu majeur ou important	100 %	100 %	100 %
Médicaments remboursés à 30 % de la BR par le RO à service médical rendu modéré et certaines préparations magistrales	100 %	100 %	100 %
Médicaments remboursés à 15 % de la BR par le RO à service médical rendu faible	Non pris en charge	Non pris en charge	100 %
EN OPTION avec le RENFORT **BIEN-ÊTRE**	100 %	100 %	100 %

TRANSPORT	140	160	200
TRANSPORT SANITAIRE			
Transport médical pour l'hospitalisation ou la médecine de ville remboursé par le régime obligatoire	100 %		

* *Les prestations des renforts sont soumises à un délai d'attente de 3 mois.*

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ RESPONSABLE

SANAÉ SANTÉ

MATÉRIEL MÉDICAL			140	160	200
EQUIPEMENT 100% SANTÉ					
Prothèses capillaires 100% santé de classe II			Frais réels dans la limite des prix limites de vente réglementaires		
Location de courte durée des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) ainsi que le forfait de mise à disposition pour cette location de courte durée					
AUTRES ÉQUIPEMENTS					
Autres appareillages, prothèses, produits et prestations tels que définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables (hors postes dentaire, optique, aides auditives)			100 %	100 %	120 %

BIEN-ÊTRE			140	160	200
MÉDECINE DOUCE					
Médecine douce non remboursée par le RO (praticiens : chiropracteur, ostéopathe, acupuncteur, diététicien, microkinésithérapeute, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricien, sophrologue, réflexologue, phytothérapeute, naturopathe, homéopathe, mésothérapeute, hypnotiseur, ergothérapeute) **(5)**			Non pris en charge		
EN OPTION	avec le RENFORT **BIEN-ÊTRE**	1ère année d'adhésion	30 €	50 €	75 €
		2ème année d'adhésion	50 €	75 €	100 €
		3ème année d'adhésion	75 €	100 €	125 €
CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RO					
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires), frais d'hébergement et de transport			Non pris en charge		
EN OPTION	avec le RENFORT **BIEN-ÊTRE**		100 % + 50 €	100 % + 100 €	100 % + 150 €

OPTIQUE (6)			140	160	200
ÉQUIPEMENT OPTIQUE 100% SANTÉ (MONTURE + VERRES) ♦					
Monture de classe A			Frais réels dans la limite des prix limites de vente réglementaires		
Deux verres de classe A					
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien), prestation d'appairage, supplément pour verres avec filtre, autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)					
ÉQUIPEMENT MIXTE ♦					
Une monture de classe B associée à deux verres de classe A			100 %		
EN OPTION	avec le RENFORT **OPTIQUE/DENTAIRE**		Maxi 30 €	Maxi 50 €	Maxi 80 €
ÉQUIPEMENT OPTIQUE PANIER LIBRE (MONTURE + VERRES) ♦					
Monture* + deux verres simples de classe B			100 %		
EN OPTION	avec le RENFORT **OPTIQUE/DENTAIRE**	1ère année d'adhésion	50 €	75 €	100 €
		2ème année d'adhésion	70 €	100 €	130 €
		3ème année d'adhésion	100 €	130 €	170 €
Monture* + 2 Verres de classe B dont au moins 1 verre complexe ou très complexe			100 %		
EN OPTION	avec le RENFORT **OPTIQUE/DENTAIRE**	1ère année d'adhésion	200 €	220 €	250 €
		2ème année d'adhésion	220 €	250 €	280 €
		3ème année d'adhésion	250 €	300 €	330 €
Prestation d'adaptation de la prescription des verres correcteurs dans le cadre du renouvellement de l'équipement			100 %		
AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES					
Lentilles prises en charge ou non par le RO			100 % (si pris en charge par le RO)		
EN OPTION	avec le RENFORT **OPTIQUE/DENTAIRE**		100 % (si pris en charge par le RO) + 30 €	100 % (si pris en charge par le RO) + 50 €	100 % (si pris en charge par le RO) + 80 €

* *Le montant de la monture est inclus dans le remboursement des lunettes, il est plafonné à 30 € 50 € ou 80 € selon la formule.*

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ RESPONSABLE

SANAÉ SANTÉ

ACTES DENTAIRES	140	160	200
SOINS HORS 100% SANTÉ			
Soins dentaires	100 %		
SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ ♦			
Soins et actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé	Frais réels dans la limite des prix limites de vente réglementaires		
Prothèses amovibles et réparations			
PROTHÈSES – PANIERS HONORAIRES MODÉRÉS ♦ ET LIBRES & ORTHODONTIE			
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% Santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés/libres	100 %	120 %	120 %
Inlays et onlays d'obturation/Inlay core hors du cadre panier de soins 100% Santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés/libres	100 %	120 %	120 %
Orthodontie prise en charge par le RO (par semestre)	100 %	120 %	120 %

Prothèses – Paniers Honoraires Modérés et Libres & Orthodontie				
EN OPTION	avec le RENFORT **OPTIQUE/DENTAIRE**	1ère année d'adhésion	100 % + 100 €	120 % + 150 €	120 % + 200 €
		2ème année d'adhésion	100 % + 150 €	120 % + 200 €	120 % + 250 €
		3ème année d'adhésion	100 % + 200 €	120 % + 250 €	120 % + 300 €

Implantologie et parodontologie non prises en charge par le RO **(7)**		Non pris en charge	
EN OPTION	avec le RENFORT **OPTIQUE/DENTAIRE**	50 €	100 €	150 €

AIDES AUDITIVES (8)	140	160	200
ÉQUIPEMENTS AUDITIFS 100% SANTÉ ♦			
Aides auditives entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé (classe I à prise en charge renforcée)	Frais réels dans la limite des prix limites de vente réglementaires		
ÉQUIPEMENTS AUDITIFS - PANIER HONORAIRES LIBRES ♦			
Aides auditives hors panier de soins 100% Santé (appareil de classe II à prix libres) - dans la limite des plafonds du contrat responsable (par oreille)	100 %	120 %	120 %
Consommables et accessoires (par exemple : piles, embout) pris en charge par le RO	100 %		

GARANTIES D'ASSISTANCE (9)	140	160	200
Seules les équipes d'AXA Assistance sont habilitées à fixer la durée des prestations.			
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 30 heures		
Garde des enfants ou petits-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures		
Garde de personne dépendante pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 20 heures		
Garde des enfants malades pendant une immobilisation de plus de 8 jours	Une fois par an dans la limite de 40 heures		
Garde des animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 230 €		
Soutien pédagogique suite à une immobilisation au domicile	Une fois par an dans la limite de 10 heures par semaine pendant 2 mois		
Livraison de repas suite à une hospitalisation de plus de 24 heures ou pendant une immobilisation	Par événement dans la limite d'un repas par jour pendant 7 jours		
Rapatriement médical en cas d'atteinte corporelle grave	En cas de déplacement à plus de 30 km du domicile		
Retour des assurés	Dans le cadre du rapatriement médical de l'Assuré, prise en charge du retour au domicile des autres assurés		

LEXIQUE

RO : Régime Obligatoire - BR : Base de Remboursement Régime Obligatoire - **Rbt intégral** : Remboursement intégral – **DPTAM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM - CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés - **CAS** : Contrat d'Accès aux Soins - **OPTAM / OPTAM - CO** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale (chirurgien, ophtalmologue, oto-rhino-laryngologue, stomatologue et chirurgien oral) ou une spécialité de gynécologie obstétrique) – **PLV** : Prix Limite de Vente

Légende

(1) Honoraires médicaux ou chirurgicaux lors d'une hospitalisation : pendant les 3 premiers mois suivant la date de début des garanties les remboursements sont effectués à hauteur de 100 % BR (sauf en cas d'accident : dans ce cas, le taux entier est appliqué).

(2) Forfait journalier hospitalier illimité : exclu en établissements EHPAD et MAS.

(3) Chambre particulière limitée à 30 jours par année d'adhésion quel que soit le type de séjour. Exclu en long séjour, EHPAD et MAS.

(4) Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes.

(5) Justificatif à adresser : l'original de la facture ou pièce numérisée, au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative et indiquant le numéro ADELI, le numéro RPPS ou le numéro FINESS du praticien.

(6) Depuis le 1er janvier 2020, les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier «100% Santé») sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) sont pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019. Sauf dérogations suivantes, la prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :
- par période de 2 ans de date à date pour les assurés âgés de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé** prévu à l'article L.65-1 du Code de la Sécurité sociale),
- par période de 1 an de date à date pour les assurés de plus de 6 ans et de moins de 16 ans,
- par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur
Par dérogation, la période de 2 ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue à 1 an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue.
Le point de départ pour le renouvellement est la date du 1er équipement.
**Le renouvellement anticipé est autorisé lorsque survient une variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0.5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0.25 dioptrie sur chaque œil ou variation significative de l'axe (entre 5° et 20° selon le cylindre)
Classe A : correspond au panier 100% Santé. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les montures à 30€. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les verres qui varient selon les codes LPP (le code LPP du verre est déterminé par la correction visuelle)
Classe B : correspond au panier tarifs libres. Remboursement de la monture limité à 100€. Nouvelles limites de remboursements des équipements des Contrats Responsables 2020 définissant les montants planchers et plafonds
Dans le cas d'un panachage entre équipements 100% Santé et équipements Panier libre, les équipements 100% Santé sont remboursés à hauteur des frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation. Le remboursement des équipements à tarifs libres est diminué de celui accordé pour les équipements 100% Santé par le régime obligatoire et le régime complémentaire. Les forfaits en € intègrent les remboursements du régime obligatoire.

(7) Ce forfait ne peut pas être utilisé pour des soins ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Par ailleurs :
Implantologie : remboursement effectué sur présentation de la facture du chirurgien-dentiste détaillant les frais et stipulant effectué en France métropolitaine.
Parodontologie : le poste parodontologie concerne les actes suivants : curetage / surfaçage, lambeau, greffe gingivale, allongement coronaire et greffe osseuse à l'exclusion de tout autre acte.

(8) Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier «100% Santé») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente pour ce type d'acte. Les équipements ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 141 janvier 2019 (1 700 € par oreille quel que soit l'âge du bénéficiaire). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement. Sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans et à partir de la date de la dernière acquisition d'aides auditives. Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois des huit options de la liste telles que prévoit la législation en vigueur.

(9) Se reporter aux conditions des garanties Assistance.

♦ Tels que définis réglementairement. Dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) et plafonds du contrat responsable.
CONTRAT RESPONSABLE : Les garanties, niveaux de remboursement, et tarifs pourront être révisés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables. La mutuelle ne vous rembourse pas les franchises médicales et la participation forfaitaire légale sur les consultations. Hors parcours de soins, le désengagement du régime obligatoire et les pénalités pratiquées sous forme de dépassements d'honoraires autorisées ne sont pas pris en charge par la mutuelle. Depuis le 1er janvier 2022, le forfait patient urgences facturé pour les passages aux urgences non suivies d'une hospitalisation est pris en charge par la mutuelle. Le ticket modérateur est intégralement pris en charge par la mutuelle selon les conditions du contrat responsable, y compris pour les actes supérieurs à 120 euros en hospitalisation et pour les soins courants. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur (scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans, détartrage annuel, premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de 14 ans, dépistage de l'hépatite B, vaccinations, dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans). Les conditions d'accès au dispositif Mon Psy sont disponibles sur le site : https://monpsy.sante.gouv.fr/

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux. Ils intègrent les remboursements du régime obligatoire (les forfaits et les limites exprimés en Euro s'entendent par assuré et par année d'adhésion sauf indication spécifique, les forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre). Seuls les frais, qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie français, sont pris en charge (sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties).
Le total des remboursements perçu par l'Assuré ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés. Les prestations détaillées dans le tableau ci-dessus s'entendent, dans tous les cas, selon les clauses et conditions du contrat. Conformément à la réglementation, la participation forfaitaire, les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports, ainsi que la majoration du ticket modérateur et les dépassements autorisés d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge.

Les Services Santé

Inclus dans votre complémentaire Santé

Angel

Grâce aux services Angel, accédez à des professionnels de santé et des services pour prendre soin de vous, au quotidien comme dans les moments difficiles.

CHAT PRÉVENTION, MÉDICAL ET SOCIAL

Obtenez des réponses à toutes vos questions santé

Chattez avec notre équipe pluridisciplinaire et obtenez des réponses à toutes vos interrogations *(prévention, médicales, sociales)* pour vous et vos proches.

MON COACH SANTÉ

Préserver sa forme et sa santé

Prendre soin de soi au quotidien grâce à des programmes de prévention et des conseils santé et bien-être.

MON RDV PRÉVENTION

Agir aujourd'hui pour préserver votre santé

Un entretien de prévention avec un médecin, sur la base d'un questionnaire, pour évaluer vos risques et vous aider à changer votre mode de vie.

SENSIBILISATION ENJEUX MAJEURS

Comprendre pour mieux se protéger

Accédez à des capsules vidéo de sensibilisation.

SECOND AVIS MÉDICAL

Éclairez vos décisions médicales

Bénéficiez de l'expertise de médecins experts de votre pathologie pour prendre la meilleure décision pour votre santé.

TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

Consultez un médecin à distance, 7J/7

Consultez un médecin généraliste à distance, où que vous soyez.
Des médecins disponibles 7j/7 de 6h à minuit.

PALMARÈS DES HÔPITAUX

Préparez au mieux votre hospitalisation

Comparez les établissements de santé et choisissez votre lieu d'hospitalisation grâce à des informations complètes.

RÉSEAU DE SOINS ITÉLIS

Soignez votre budget santé

Grâce au réseau de professionnels Itelis, bénéficiez de tarifs négociés en optique, dentaire et audioprothèses, ainsi qu'en médecine douce *(ostéopathie, chiropraxie et diététique)*.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Soyez écouté

Vous traversez une période difficile ? Bénéficiez de plusieurs consultations par téléphone avec un psychologue.

4 entretiens téléphoniques par an et par bénéficiaire.

ASSISTANCE

Soyez accompagné dans les moments importants

Découvrez un accompagnement complet, garantissant un soutien médical, matériel et moral pour préserver votre bien-être et celui de vos proches.

Comment accéder à Angel ?

Via internet
Espace adhérent "Mes Services +"
ou **angel.fr**

Par téléphone *(coût d'un appel local)*
3633

Votre Espace Adhérent sur **asaf-afps.fr**

Retrouvez tous vos services dans un espace qui vous est dédié.

Cachet de votre Courtier Conseil



ASAF & AFPS

Associations souscriptrices de contrat d'assurance de groupe (Loi 1901) : Association Santé et Action Familiale - J.O. du 05/01/74 - Siret 307 513 259 00043 - n°orias : 11 059 106 (www.orias.fr) - **Action Familiale de Prévoyance Sociale** - J.O. du 27/06/70 - Siret 782 472 641 00045 - n°orias : 11 059 104 (www.orias.fr) - Sièges sociaux : Les Templiers - 950 Route des Colles - 06410 BIOT. - **Porteur du risque 'Frais de santé' : EMOA Mutuelle** est une marque de **EMOA Mutuelle du Var** - Siège administratif : 285, rue de la Cauquière, CS 60117, 83 184 Six-Fours-les-Plages Cedex – Siège social : 89, place de la Liberté, 83000 Toulon - Code NAF 660G - SIRET 783169 220 00010 - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 783 169 220 - **INTER PARTNER ASSISTANCE (AXA Assistance)** - SA de droit Belge au capital de 130 702 613 € - Siège social : Boulevard du Régent 7 - 1000 Bruxelles - Entreprise d'assurance non vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487) immatriculée au RPM Bruxelles sous le n°415 591 055, **prise au travers de sa succursale française** immatriculée au RCS NANTERRE sous le n° 316 139 500 et située 6 rue André Gide 92320 Châtillon. IPA intervient sous la marque AXA Assistance - **Centre de Gestion (pour ASAF & AFPS) : GIEPS - Groupement d'Intérêt économique** (ordonnance n°67-821) **de Prévoyance Sociale** - 950 012 997 RCS ANTIBES - Siège social : Les Templiers - 950 Route des Colles - 06410 BIOT - **Autorité chargée de leur contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)** située : 4, Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.

Crédit photo : Adobe Stock - OFF795/20260423