
Décision Unilatérale

**matérialisant un régime collectif d'assurance
santé**

Décision Unilatérale

matérialisant un régime collectif d'assurance santé

La Société VILOGIA LOGIFIM, dont le siège social est situé à ARMENTIERES, 187 boulevard Faidherbe, représentée par M. Jean-Luc Poulain, agissant en qualité de Directeur d'activité,

décide, par la présente décision unilatérale constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé visé à l'article 2, conformément aux articles L. 911-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale, de modifier le régime collectif à adhésion obligatoire d'assurance santé en place dans la Société.

La modification de ce régime collectif a fait l'objet, au préalable :

- de la procédure prévue pour la modification et la dénonciation des usages (précisée à l'article 8 de la présente),
- d'une information et d'une consultation du comité social et économique (conformément à l'article R.2312-22 du Code du travail).

ARTICLE 1 : OBJET

La couverture des risques définie ci-dessous est confiée à l'assureur Generali dénommé dans la présente décision unilatérale organisme assureur.

La gestion de ce régime est confiée au Cabinet Gras Savoye dénommé dans la présente décision unilatérale organisme gestionnaire.

La modification de ce régime collectif prendra effet au 1^{er} janvier 2022.

Conformément aux modalités prévues à l'article L. 912-2 du Code de la sécurité sociale, le choix de l'organisme assureur et/ou de l'intermédiaire fera l'objet d'un réexamen quinquennal. Ces dispositions n'interdisent pas, avant le réexamen, la modification, la résiliation ou le non-renouvellement par l'employeur du contrat de garanties collectives, et la modification corrélative de la présente décision.

ARTICLE 2 : SALARIES BENEFICIAIRES

Le régime concerne l'ensemble des membres du personnel de la société.

ARTICLE 3 : SALARIES DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU

3.1. Dans l'hypothèse du maintien des garanties

Vilogia Logifim

Siège social : 187 Boulevard Faidherbe 59280 ARMENTIÈRES Tél : 03 20 44 09 50 - E-Mail : logi-fim@Vilogia-logifim.fr.

Société Anonyme d'Habitations à Loyer Modéré – Vilogia Logifim au capital de 82 046 780 €

RCS Lille Métropole 890 924 251 – Siret 890 924 251 00014 – APE 6820B

Indépendamment des cas éventuels de gratuité des garanties prévues dans la notice d'information, en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à une indemnisation (maintien total ou partiel de salaire, revenu de remplacement versé par l'employeur et/ou indemnisation par le régime de prévoyance sous réserve qu'il soit cofinancé par l'employeur), le bénéfice du présent régime est maintenu.

Dans cette hypothèse, la société verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

3.2. Lorsque la période de suspension du contrat de travail ne donne pas lieu à indemnisation

Indépendamment des cas éventuels de gratuité des garanties prévues dans la notice d'information, le bénéfice du présent régime peut être maintenu durant la durée de la période de suspension concernée (notamment congé parental d'éducation, congé sabbatique, congé de solidarité internationale) aux mêmes conditions de garanties et de cotisations que pour les salariés en activité. Le salarié s'acquitte de sa cotisation directement auprès de l'organisme assureur.

ARTICLE 4 : CARACTERE OBLIGATOIRE DE L'ADHESION

L'**adhésion** au régime est **obligatoire**.

Ont la possibilité de refuser d'adhérer au présent régime, sous réserve de justifier de leur situation, les salariés qui bénéficient pour les mêmes risques, de l'une des situations ci-après énumérées, au moment de l'embauche, ou à la date à laquelle prennent effet les couvertures (conformément à l'article D. 911-5 du Code de la sécurité sociale) :

1. Les salariés qui bénéficient pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi, en tant que bénéficiaires de l'un des dispositifs suivants :
 - a) les salariés déjà bénéficiaires d'une couverture collective d'entreprise remplissant les conditions mentionnées à l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale par ailleurs, et qui en justifient chaque année auprès de la direction par la production d'une attestation d'affiliation.
 - b) les salariés bénéficiaires du régime d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, et de la Moselle.
 - c) les salariés bénéficiaires du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières.
 - d) les salariés bénéficiaires du régime de protection sociale complémentaire des fonctions publiques d'Etat et territoriale en application des décrets n°2007-1373 du 19 septembre 2007 et n°2011-1474 du 8 novembre 2011.
 - e) les salariés bénéficiaires d'un contrat d'assurance groupe issu de la loi n°94-126 du 11 février 1994 (dispositif « loi Madelin »).

2. Les salariés couverts par ailleurs à titre individuel pour les frais de santé au moment de leur embauche. Ces salariés, sont tenus de justifier de leur situation. A l'échéance de leur contrat, ils seront tenus de cotiser au régime ;
3. Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé en application de l'article L. 861-3 du CSS. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ;
4. Les salariés titulaires d'un CDD ou d'un contrat de mission dont la durée de couverture obligatoire au présent régime serait inférieure à 3 mois, et sous réserve de justifier d'une couverture de frais de santé responsable ;
De surcroît, ils pourront également solliciter le bénéfice du versement du chèque santé, s'ils en remplissent les conditions prévues à l'article L. 911-7-1 du Code de la sécurité sociale.

A défaut de demande de dispense justifiée, adressée à l'employeur dans les 30 jours suivant la date de leur embauche ou de la date de prise d'effet des couvertures par ailleurs, les salariés seront obligatoirement affiliés au régime.

Le salarié devra justifier annuellement auprès de l'employeur de sa dispense d'affiliation.

La demande de dispense comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

En outre, ont également la possibilité de refuser d'adhérer au présent régime, **à tout moment**, les salariés qui bénéficient pour les mêmes risques, de l'une des situations ci-après énumérées :

➤ Sous réserve de justifier de leur situation :

1. Les salariés en couple travaillant dans la même entreprise, ont le choix d'adhérer individuellement ou ensemble au régime.
En cas d'adhésion individuelle : chaque salarié adhère pour son propre compte.
En cas d'adhésion couple : seul un des deux membres du couple doit adhérer en propre au régime, l'autre pouvant l'être en qualité d'ayant droit.
2. Les salariés et apprentis titulaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission, d'une durée supérieure ou égale à 12 mois, qui sont déjà couverts par ailleurs à titre individuel et qui justifient de leur situation chaque année auprès de la direction par la production d'une attestation d'affiliation.
3. Les salariés affiliés au régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) qui justifient de leur situation chaque année auprès de la direction par la production d'une attestation d'affiliation.

4. Les salariés affiliés à la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF) qui justifient de leur situation chaque année auprès de la direction par la production d'une attestation d'affiliation.

➤ **sans devoir justifier de leur situation par la production d'un justificatif :**

5. Des salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois.
6. Les salariés travaillant à temps partiel et/ou les apprentis, dès lors que leur part de cotisation est supérieure ou égale à 10% de leur rémunération brute et qu'elle n'est pas prise en charge par l'employeur.

Dans les cas énumérés, les salariés entrant dans l'une des catégories ci-dessus seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation dérogatoire.

L'adhésion des ayants droit du salarié est obligatoire, mais ont la possibilité de refuser d'adhérer au présent régime ceux :

- Qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012. Ils devront en justifier chaque année auprès de la direction par la production d'une attestation d'affiliation.
- Qui sont couverts par ailleurs à titre individuel pour les frais de santé. Ils sont tenus de justifier de leur situation par la production d'une attestation d'affiliation. A l'échéance de leur contrat, ils seront tenus de cotiser au régime.
- Qui sont bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé en application de l'article L. 861-3 du CSS. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les ayants droit cessent de bénéficier de cette couverture.

ARTICLE 5 : SALARIES DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST ROMPU

5.1. Maintien temporaire des garanties :

Les anciens salariés, dont le contrat de travail a fait l'objet d'une rupture ouvrant droit à l'indemnisation de l'assurance chômage, à l'exclusion d'un licenciement pour faute lourde, et le cas échéant leurs ayants droit, continuent à bénéficier des garanties de frais de santé applicables dans l'entreprise, sous réserve de justifier de leur situation et selon les conditions définies à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité Sociale.

5.2. Article 4 de la loi Evin :

Les anciens salariés dans les situations visées par l'article 4 de la loi Evin (n° 89-1009) peuvent obtenir le maintien de la couverture par l'assureur à condition de le demander dans un délai de 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant

l'expiration de la période pendant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties (conformément au point 5.1.).

ARTICLE 6 : COTISATIONS

Les cotisations mensuelles servant au financement du contrat d'assurance seront définies comme suit :

6.1. Le régime de base obligatoire dit « Base » :

6.1.1. *Taux, assiette, répartition des cotisations :*

Le présent régime de remboursement de frais de santé revêt deux structures distinctes :

- Une base « isolé » ;
- Une base « famille ».

POUR 2022	Base	
	Isolé	Famille
Cotisation mensuelle	71,99 €	164,20 €
Part patronale	47,65 €	108,32 €
Part salariale	24,34 €	55,88 €

La cotisation sera ainsi prise en charge par l'employeur et le personnel dans les proportions suivantes :

- Employeur : 66 %,
- Personnel : 34 %

Cette cotisation ainsi prise en charge par l'employeur bénéficie aux personnels salariés de l'entreprise et à leurs ayants-droit. La cotisation ouvre droit au bénéfice des garanties pour le salarié et ses ayants-droit, tels que définis dans le contrat d'assurance et la notice d'information remise au salarié. Le salarié est tenu de s'acquitter de la cotisation correspondant à sa situation de famille réelle.

Il sera remis, à l'ensemble du personnel visé à l'article 2, une attestation sur l'honneur qui sera à retourner à l'employeur dans les 30 jours suivant la date de leur embauche ou de la date de prise d'effet des couvertures par ailleurs, permettant d'attester de leur situation de famille réelle. De ce fait, sauf les cas précisés à l'article 4, le salarié devra cotiser selon la formule « Base isolé » ou « Base famille ».

6.1.2. Évolution des cotisations :

En cas de baisse ou de hausse ultérieure des cotisations, celle-ci sera répercutée entre l'employeur et le salarié dans les mêmes proportions.

Le partage de ces évolutions de cotisations, entre l'employeur et le salarié, s'effectuera dans les mêmes proportions que celles constatées au 1^{er} janvier 2022.

6.2. Le régime optionnel facultatif dit « Option » :

Le salarié souhaitant améliorer le niveau des garanties dont il bénéficie au titre du régime obligatoire « Base » peut choisir d'adhérer à titre facultatif à un régime complémentaire optionnel dit « Option » dans les conditions fixées par la notice d'information.

L'adhésion au régime dit « Option » est conditionnée à l'adhésion au régime « Base ».

Le salarié peut décider de souscrire à 3 options différentes, en plus de la base, lui octroyant chacune des garanties supplémentaires. Ces options peuvent revêtir une structure « isolé » ou une structure « famille »

6.2.1. Taux, assiette, répartition des cotisations :

Le financement de ces régimes optionnels est entièrement et exclusivement à la charge des salariés qui le choisissent. A titre informatif, les cotisations s'élèvent à :

Pour 2022	Option 1 en + de la Base		Option 2 en + de la Base		Option 3 en + de la Base	
	Isolé	Famille	Isolé	Famille	Isolé	Famille
Cotisation mensuelle	10,63 €	26,05 €	26,40 €	61,02 €	41,14 €	93,58 €
Part patronale	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Part salariale	10,63 €	26,05 €	26,40 €	61,02 €	41,14 €	93,58 €

À titre d'exemple, le salarié qui choisit de souscrire à un régime de base « Famille » et à l'« Option 3 : famille » sera redevable d'une cotisation totale de 149,46 €. L'employeur, qui

n'assure une prise en charge de 66 % que pour le régime de base, prendra en charge 108,32 €.

6.2.2. Evolutions des cotisations :

Pour ces garanties optionnelles, le salarié supportant seul son coût, supportera l'évolution des cotisations tant à la hausse qu'à la baisse.

6.3. Précompte salarial :

Les salariés seront directement prélevés sur leurs bulletins de paie.

ARTICLE 7 : INFORMATION INDIVIDUELLE

Une notice d'information établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application, est remise à chaque salarié, ainsi qu'à tout nouvel embauché bénéficiaire.

Toute modification sera communiquée dans les mêmes conditions.

ARTICLE 8 – INFORMATION COLLECTIVE

Conformément à l'article R. 2312-22 du Code du travail, le Comité social et économique sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties du régime de prévoyance lourde.

ARTICLE 9 : GARANTIES

Il est précisé que les garanties ne constituent, en aucun cas, un engagement de l'employeur et relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

ARTICLE 10 : DUREE, MODIFICATION, DENONCIATION

La présente décision unilatérale prendra effet au 1^{er} janvier 2022 pour une durée indéterminée. Elle annule et remplace à compter de cette date tout autre usage ou DUE antérieur portant sur le même objet.

Elle pourra être modifiée ou dénoncée en application de la procédure de dénonciation des usages.

Fait à Armentières, le 30 novembre 2021,

Jean-Luc POULAIN
Directeur d'activité



ANNEXE 1 : (TRANSMISE A TITRE PUREMENT INDICATIF) – TABLEAU DES GARANTIES AU 1^{ER} JANVIER 2022Votre résumé de garanties au 1^{er} janvier 2022

Cette grille de garanties frais de santé pour l'ensemble du personnel de VILOGIA LOGIFIM a pour objectif de vous présenter les prestations santé auxquelles vous avez droit. Vous bénéficiez d'une base obligatoire et d'une option.

Garanties y compris la Sécurité sociale	Base	Formule 1	Formule 2	Formule 3
HOSPITALISATION				
Frais de séjour				
Etablissement conventionné	400% BR	450% BR	500% BR	550% BR
Etablissement non conventionné	400% BR	450% BR	500% BR	550% BR
Honoraires				
Secteur 1 ou adhérent DPTAM	400% BR	450% BR	500% BR	550% BR
Non adhérent DPTAM ou non conventionné	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière y compris maternité (par jour)	100 € / jour	110 € / jour	120 € / jour	130 € / jour
Lit d'accompagnant (Enfant -16 ans)	Frais d'accompagnement tout âge : 44 € / jour Frais Télévision : 5 € / jour max 15 jours / événement	Frais d'accompagnement tout âge : 48 € / jour Frais Télévision : 5 € / jour max 15 jours / événement	Frais d'accompagnement tout âge : 52 € / jour Frais Télévision : 5 € / jour max 15 jours / événement	Frais d'accompagnement tout âge : 56 € / jour Frais Télévision : 5 € / jour max 15 jours / événement
Garanties y compris la Sécurité sociale				
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations, visites généralistes - Médecin secteur 1 ou adhérent DPTAM	225% BR	275% BR	325% BR	375% BR
Consultations, visites généralistes - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Consultations, visites spécialistes - Secteur 1 ou adhérent DPTAM	225% BR	275% BR	325% BR	375% BR
Consultations, visites spécialistes - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Actes de chirurgie / technique - Secteur 1 ou adhérent DPTAM	225% BR	275% BR	325% BR	375% BR
Actes de chirurgie / technique - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Analyses & Examens de laboratoires				
Acte pris en charge par la Sécurité sociale	225% BR	275% BR	325% BR	375% BR
Honoraires paramédicaux				
Actes pris en charge par la Sécurité sociale	225% BR	275% BR	325% BR	375% BR
Imagerie médicale				
Radiologie / Echographie - Secteur 1 ou adhérent DPTAM	225% BR	275% BR	325% BR	375% BR
Radiologie / Echographie - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Médicaments				
Frais pharmaceutiques pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Frais pharmaceutiques prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	150 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire
Matériel médical (hors aides auditives)				
Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses pris en charge par la Sécurité sociale	225% BR + forfait prothèse capillaire remboursée SS 100 € / an / bénéficiaire	275% BR + forfait prothèse capillaire remboursée SS 120 € / an / bénéficiaire	325% BR + forfait prothèse capillaire remboursée SS 140 € / an / bénéficiaire	375% BR + forfait prothèse capillaire remboursée SS 165 € / an / bénéficiaire
Garanties y compris la Sécurité sociale				
AIDES AUDITIVES - Prise en charge d'une prothèse / oreille / période de 4 ans	Dans la limite de 1700 € / équipement	Dans la limite de 1700 € / équipement	Dans la limite de 1700 € / équipement	Dans la limite de 1700 € / équipement
Équipements « 100 % santé » ⁽¹⁾ de classe I	100% PLV (Sécurité sociale + complémentaire santé)	100% PLV (Sécurité sociale + complémentaire santé)	100% PLV (Sécurité sociale + complémentaire santé)	100% PLV (Sécurité sociale + complémentaire santé)
Équipements « hors 100% Santé » de classe II	100% BR + forfait 350 €	100% BR + forfait 450 €	100% BR + forfait 550 €	100% BR + forfait 650 €

⁽¹⁾ tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge dans la limite des prix fixés (Prix limite de vente : PLV) et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

Ce document est informatif et n'a pas de valeur contractuelle.



Villogia Logifim

Siège social : 187 Boulevard Faidherbe 59280 ARMENTIÈRES Tél : 03 20 44 09 50 - E-Mail : logi-fim@villogia-logifim.fr

Société Anonyme d'Habitations à Loyer Modéré – Villogia Logifim au capital de 82 046 780 €

RCS Lille Métropole 890 924 251 – Siret 890 924 251 00014 – APE 6820B

M

Vilogia Logifim

Siège social : 187 Boulevard Faidherbe 59280 ARMENTIÈRES Tél : 03 20 44 09 50 - E-Mail : logi-fim@Vilogia-logifim.fr.

Société Anonyme d'Habitations à Loyer Modéré – Vilogia Logifim au capital de 82 046 780 €

RCS Lille Métropole 890 924 251 – Siret 890 924 251 00014 – APE 6820B

Garanties y compris la Sécurité sociale	Base	Formule 1	Formule 2	Formule 3
DENTAIRE				
Soins et prothèses dentaires « 100 % santé » ⁽¹⁾	100% HLF (Sécurité sociale + complémentaire)	100% HLF (Sécurité sociale + complémentaire)	100% HLF (Sécurité sociale + complémentaire)	100% HLF (Sécurité sociale + complémentaire)
Soins hors « 100% Santé »				
Soins	400% BR	450% BR	500% BR	550% BR
Inlay Onlay à tarifs maîtrisés prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾	400% BR	450% BR	500% BR	550% BR
Inlay Onlay à tarifs libres prises en charge par la Sécurité sociale ⁽³⁾	400% BR	450% BR	500% BR	550% BR
Prothèses hors « 100% Santé » (ensemble des actes prothétiques inscrits à la CCAM)				
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾	400% BR	450% BR	500% BR	550% BR
Prothèses dentaires à tarifs libres prises en charge par la Sécurité sociale ⁽³⁾	400% BR	450% BR	500% BR	550% BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale	280 € / an / bénéficiaire	310 € / an / bénéficiaire	340 € / an / bénéficiaire	370 € / an / bénéficiaire
Orthodontie				
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	400% BR	450% BR	500% BR	550% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	330 € / an / bénéficiaire	360 € / an / bénéficiaire	390 € / an / bénéficiaire	420 € / an / bénéficiaire
Implantologie				
Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale	1000 € / dent / bénéficiaire	1100 € / dent / bénéficiaire	1200 € / dent / bénéficiaire	1300 € / dent / bénéficiaire
Parodontologie				
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	280 € / an / bénéficiaire	310 € / an / bénéficiaire	340 € / an / bénéficiaire	370 € / an / bénéficiaire
Plafond sur poste dentaire non remboursé par la Sécurité Sociale	1330 € / an / bénéficiaire	1460 € / an / bénéficiaire	1590 € / an / bénéficiaire	1720 € / an / bénéficiaire

(1) tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF). Le cumul des remboursements de la Sécurité Sociale et de vos assurances complémentaires santé ne peut excéder le HLF. À compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les autres prothèses du panier dentaire.

(2) cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 10 0% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités. Le cumul des remboursements de la Sécurité Sociale et de vos assurances complémentaires santé ne peut excéder le HLF.

(3) cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités

Garanties y compris la Sécurité sociale	Base	Formule 1	Formule 2	Formule 3
OPTIQUE ⁽¹⁾				
Équipements « 100 % santé » - Monture & Verres de classe A ⁽²⁾ (y compris prestation d'appariage / prestation d'adaptation / supplément pour verres avec filtre)	100% PLV (Sécurité sociale + complémentaire santé)	100% PLV (Sécurité sociale + complémentaire santé)	100% PLV (Sécurité sociale + complémentaire santé)	100% PLV (Sécurité sociale + complémentaire santé)
Prestations et équipements «hors 100% Santé» - Monture & Verres de Classe B ⁽³⁾				
Monture				
Verre simple				
Verre complexe	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique
verre très complexe				
Prestations diverses (appariage, adaptation, ...)	100% des frais réels dans la limite du PLV	100% des frais réels dans la limite du PLV	100% des frais réels dans la limite du PLV	100% des frais réels dans la limite du PLV
Lentilles correctrices				
Lentilles de contact, y compris jetables, prises en charge ou non par la Sécurité sociale	Remboursées SS : 100% BR + forfait 240 € / an / bénéficiaire Non remboursées SS : voir autres prestations optique	Remboursées SS : 100% BR + forfait 260 € / an / bénéficiaire Non remboursées SS : voir autres prestations optique	Remboursées SS : 100% BR + forfait 280 € / an / bénéficiaire Non remboursées SS : voir autres prestations optique	Remboursées SS : 100% BR + forfait 300 € / an / bénéficiaire Non remboursées SS : voir autres prestations optique
Autres prestations optique				
Chirurgie réfractive non prise en charge par la Sécurité Sociale	Chirurgie réfractive et lentilles non remboursées SS : forfait 1 000 € / an / bénéficiaire	Chirurgie réfractive et lentille non remboursées SS : forfait 1 100 € / an / bénéficiaire	Chirurgie réfractive et lentille non remboursées SS : forfait 1 200 € / an / bénéficiaire	Chirurgie réfractive et lentille non remboursées SS : forfait 1 300 € / an / bénéficiaire

(1) Faculté de prise en charge :

Renouvellement à compter de la date d'acquisition :

- tous les 2 ans adultes et enfants 16 ans inclus et +;

- tous les ans enfants +6 ans et - 16 ans;

- tous les 6 mois pour les enfants -6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, sinon renouvellement tous les ans.

Exceptions :

- Renouvellement anticipé pour raisons médicales

- 2 équipements autorisés (vision de près et de loin) si intolérance : pour les assurés présentant un déficit de vision de près et de loin et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties prévoient une prise en charge de deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits. Les plafonds de prise en charge des contrats responsables et les périodicités de renouvellement sont applicables à chacun des équipements.

(2) tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, dans la limite des prix fixés (Prix limites de vente : PLV) et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

(3) en cas de panachage, le montant de remboursement de l'équipement sur la classe A est déduit de la garantie de l'équipement sur la classe B.

Villogia Logifim

Siège social : 187 Boulevard Faidherbe 59280 ARMENTIÈRES Tél : 03 20 44 09 50 - E-Mail : logi-fim@villogia-logifim.fr

Société Anonyme d'Habitations à Loyer Modéré – Villogia Logifim au capital de 82 046 780 €

RCS Lille Métropole 890 924 251 – Siret 890 924 251 00014 – APE 6820B

OYE
11/11

Handwritten signature

Garanties y compris la Sécurité sociale	Base	Formule 1	Formule 2	Formule 3
AUTRES POSTES				
Transports				
Transports pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Maternité				
Allocation naissance	280 € / enfant	310 € / enfant	340 € / enfant	370 € / enfant
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale				
Soins et hydrothérapie	225% BR + forfait 200 € / an / bénéficiaire	275% BR + forfait 220 € / an / bénéficiaire	325% BR + forfait 240 € / an / bénéficiaire	375% BR + forfait 260 € / an / bénéficiaire
Médecine douce				
Ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, micro kinésio, acupuncture, homéopathie, phytothérapie, sophrologie, mésothérapie, pédicure podologue, psychomotricité, ergothérapie et diététique non pris en charge par la Sécurité Sociale	55 € / séance, maxi 5 séances / an / bénéficiaire	65 € / séance, maxi 5 séances / an / bénéficiaire	75 € / séance, maxi 5 séances / an / bénéficiaire	85 € / séance, maxi 5 séances / an / bénéficiaire
Forfait prévention - prise en charge de 50% des dépenses de prévention non remboursées listées au contrat	200 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire
Garantie Assistance / Europ Assistance	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse

Grille optique – Réseau Itelis



CATEGORIE	TYPES DE VERRES / équipement	Régime de base	Formule 1	Formule 2	Formule 3
a)	Par équipement à verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égale à +4,00 dioptries	330 €	375 €	405 €	420 €
b)	Par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	465 €	505 €	530 €	560 €
c)	Par équipement à verres simples foyer dont la sphère est hors zone -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs	550 €	610 €	650 €	700 €
d)	Par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	505 €	545 €	580 €	610 €
e)	Par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	600 €	660 €	705 €	750 €
f)	Par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone -6,00 à +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries	650 €	710 €	755 €	800 €
Pour l'application des montants indiqués ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 100 €			100 €		

Ce document est informatif et n'a pas de valeur contractuelle.



Vilogia Logifim

Siège social : 187 Boulevard Faidherbe 59280 ARMENTIÈRES Tél : 03 20 44 09 50 - E-Mail : logi-fim@Vilogia-logifim.fr.

Société Anonyme d'Habitations à Loyer Modéré – Vilogia Logifim au capital de 82 046 780 €

RCS Lille Métropole 890 924 251 – Siret 890 924 251 00014 – APE 6820B