

2021

alteryx

Benefits Snapshot 2021

ALTERYX FRANCE

En complément des prestations de la sécurité sociale, ALTERYX FRANCE a mis en place une solution prévoyance et une solution frais de santé.

La solution prévoyance est payée à 100% par l'employeur.

La solution frais de santé (mutuelle), couvrant le salarié et ses enfants, est prise en charge à hauteur de 100% par l'employeur. La cotisation facultative du conjoint est également prise en charge à 100% par l'employeur. La cotisation de l'option facultative est à la charge du salarié et est directement prélevée sur son compte bancaire.

Le bénéfice de ces garanties démarre à votre arrivée chez ALTERYX FRANCE.

ALTERYX FRANCE a mandaté Alexander Beard France pour la mise en place et le suivi de vos garanties.

alexander beard

(France) SAS

Nos consultants vont bientôt vous contacter afin de vous affilier et vous fournir toutes les informations utiles concernant vos garanties.

Vous trouverez ci-dessous **la liste des pièces nécessaires à votre adhésion** :

- Votre relevé d'identité bancaire
- Votre attestation de sécurité sociale ainsi que celle de votre conjoint et celle où figurent vos enfants
- Les certificats de scolarité de vos enfants (si vous souhaitez les affilier à la complémentaire santé)

Pour obtenir votre attestation de Sécurité Sociale :

- Depuis votre compte AMELI : <https://assure.ameli.fr/>. Si vous n'avez pas encore de compte vous pouvez le créer en ligne ou demander votre attestation en appelant le 36 46.
- Utiliser les bornes automatiques présentes dans les centres de sécurité sociale avec votre carte Vitale.
- Faire une demande écrite à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Vous pouvez nous contacter à tout moment au numéro vert ou par e-mail :



alteryx@abg-france.net

1. PRÉVOYANCE

Description des garanties		
Personnel cadre		PRESTATIONS 2021
Décès		
Capital décès minimum		340% du PASS à temps plein ¹
Toute situation familiale		275% ²
Majoration par personne à charge		25% ²
Double Effet		
Capital		Doublement des capitaux ci-dessus indépendamment du capital minimum forfaitaire.
Invalidité absolue et définitive		
Capital		100% du capital décès
Rente éducation		
Rente annuelle par enfant :		
- Jusqu'à 10 ans		12% ²
- De 11 à 17 ans		12% ²
- De 18 à 26 ans (en cas de poursuite des études)		15% ²
Rente minimale :		
- Jusqu'à 18 ans		24% du PASS à temps plein ¹
- Jusqu'à 26 ans		30% du PASS à temps plein ¹
Incapacité Temporaire		
Franchise		90 jours
Indemnité journalière		80% ² (moins versements de la sécurité sociale)
Invalidité permanente		
Invalidité ne résultant pas d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle	1 ^e catégorie	48% ²
	2 ^e catégorie	80% ²
	3 ^e catégorie	80% ²
Invalidité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle	N ³ < 33%	0
	33% < N ³ < 66%	3n/2 de la rente ci-dessus
	N ³ ≥ 66%	80% ²

N.B. : En tant que salarié d'une entreprise relevant de la Convention Collective Nationale « BUREAUX D'ETUDES TECHNIQUES – CABINETS D'INGENIEURS (SYNTEC) », en cas d'arrêt de travail, vous bénéficiez d'une garantie de salaire correspondant à 100% de votre net pendant les 90 premiers jours de l'arrêt (après 1 an d'ancienneté dans l'entreprise).

¹ Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (41136€ en 2020)

² En % du salaire brut

³ Taux d'invalidité

PRÉVOYANCE : COMMENT BIEN REDIGER VOTRE “CLAUSE BÉNÉFICIAIRE”

Votre couverture en prévoyance inclut une garantie “capital décès”. Il vous appartient de désigner le ou les bénéficiaires de ce capital.

Vous pouvez choisir entre deux types de formulation : la clause standard ou la désignation particulière :

✓ **La clause standard**

Selon cette clause, le capital décès est versé :

- À votre conjoint (non séparé judiciairement), ou à votre partenaire lié par un PACS ;
- À défaut à vos enfants ou descendants, vivants ou représentés ;
- À défaut à vos parents ou ascendants ;
- À défaut à vos héritiers.

Il en ira de même si vous souhaitez que le rang des bénéficiaires soit modifié, ou que les capitaux décès soient répartis de manière particulière. Vous pouvez par exemple souhaiter que les capitaux soient répartis entre votre épouse et vos enfants, de manière dérogatoire à la clause standard.

✓ **La désignation particulière**

Si la clause standard ne vous convient pas, et seulement dans ce cas, vous devez compléter le pavé de désignation particulière, ou sur papier libre et signé, en indiquant le ou les bénéficiaires de votre choix.

Les bénéficiaires doivent être identifiés par :

- Leur nom de naissance,
- Leur nom marital s’il y a lieu,
- Leurs prénoms,
- Leur date et lieu de naissance (ville et département ou pays si naissance à l’étranger),
- Leur adresse complète
- Si les bénéficiaires sont désignés de manière strictement personnelle ou si leur représentation en cas de décès est possible,
- La répartition des capitaux décès entre les différents bénéficiaires.

Nous vous conseillons de désigner des **bénéficiaires subséquents**. En effet, si au moment du décès, l’unique bénéficiaire désigné était d’ores et déjà décédé et qu’aucun bénéficiaire subséquent n’avait été désigné, les prestations seraient alors réintégréées à la succession et soumises à la fiscalité en vigueur.

**Un besoin de conseil ou d’assistance ?
Nos conseillers sont à votre disposition, n’hésitez pas !**

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Les garanties s'appliquent conformément à la Notice valant Conditions Générales.

Garanties incluant les remboursements du Régime obligatoire exprimées par bénéficiaire (sauf pour les prestations exprimées en € ou en % PMSS⁽¹⁾), non cumulables d'une année sur l'autre.

Remboursement y compris ceux du régime Obligatoire		
SOINS COURANTS		
	Garanties de base obligatoires	Surcomplémentaire facultative
Honoraires médicaux Généralistes adhérents aux DPTAM ⁽¹⁾	470 % BR	470 % BR
Honoraires médicaux Généralistes non adhérents aux DPTAM ⁽¹⁾ ou secteur non conventionné	200 % BR	420 % BR ⁽⁴⁾
Honoraires médicaux Spécialistes adhérents aux DPTAM ⁽¹⁾	470 % BR	470 % BR
Honoraires médicaux Spécialistes non adhérents aux DPTAM ⁽¹⁾ ou secteur non conventionné	200 % BR	420 % BR ⁽⁴⁾
Honoraires médicaux Psychiatres et Neuropsychiatres adhérents aux DPTAM ⁽²⁾	470 % BR	470 % BR
Honoraires médicaux Psychiatres et Neuropsychiatres non adhérents aux DPTAM ⁽²⁾ ou secteur non conventionné ⁽²⁾	200 % BR	370 % BR ⁽⁴⁾⁽⁵⁾
Analyses et examens de laboratoire	470 % BR	470 % BR
Honoraires paramédicaux	470 % BR	470 % BR
Radiologie, praticiens adhérents aux DPTAM ⁽¹⁾	470 % BR	470 % BR
Radiologie, praticiens non adhérents aux DPTAM ⁽¹⁾	200 % BR	420 % BR ⁽⁴⁾
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux, adhérents aux DPTAM ⁽¹⁾	470 % BR	470 % BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux, non adhérents aux DPTAM ⁽¹⁾ ou secteur non conventionné	200 % BR	420 % BR ⁽⁴⁾
Transport accepté	470 % BR	470 % BR
Médicaments remboursés	100 % BR	100 % BR
Matériel médical (orthopédie, appareillage, prothèses capillaires et mammaires remboursées)	470 % BR	470 % BR
Semelles orthopédiques ⁽⁴⁾	470 % BR	470 % BR

⁽¹⁾ DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, incluant l'OPTAM pour les praticiens, et l'OPTAM-CO concerne les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens

⁽²⁾ Plafond 1200 € / an / bénéficiaire. Au-delà, les remboursements seront plafonnés à 100 % BR en non DPTAM et 120 % en DPTAM

⁽³⁾ 2 paires de semelles / an / bénéficiaire. La 2ème paire est prise en charge à 50 % de la garantie

⁽⁴⁾ Uniquement en secteur conventionné

⁽⁵⁾ Plafond de 10 consultations / an / bénéficiaire

HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTÉTRIQUE (hors chirurgie esthétique)

	Garanties de base obligatoires	Surcomplémentaire facultative
Frais de séjour en secteur conventionné	520 % BR	520 % BR
Frais de séjour en secteur non conventionné, 90 % des frais réels dans la limite de	520 % BR	520 % BR
Honoraires en secteur conventionné praticiens adhérents au DPTAM ⁽¹⁾	520 % BR	520 % BR
Honoraires en secteur conventionné praticiens non adhérents au DPTAM ⁽¹⁾ ou secteur non conventionné	200 % BR	470 % BR ⁽³⁾
Forfait journalier hospitalier	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Chambre particulière (y compris maternité maximum 5 jours) ⁽²⁾	130 € / jour	130 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire	65 €	65 €
Lit d'accompagnement (enfant de -16 ans et -20 ans si handicapé, ou parent plus de 10 ans)	110 € / nuit	110 € / nuit

MATERNITÉ / ADOPTION

Allocation forfaitaire (doublée en cas de naissances multiples ou étant handicapé)	450 €	450 €
Fécondation in vitro (par an)	200 €	200 €

⁽¹⁾ DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, incluant l'OPTAM pour les praticiens, et l'OPTAM-CO concerne les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens

⁽²⁾ Chambre particulière limitée à 45 jours en psychiatrie

⁽³⁾ Uniquement en secteur conventionné

OPTIQUE

	Garanties de base obligatoires	Surcomplémentaire facultative
Équipement 100 % Santé : Renouvellement tous les deux ans (4)		
Deux verres Panier A	Remboursement Intégral	
Monture - panier A (associé à deux verres de classe A)	Remboursement Intégral	
Monture - panier B (associé à deux verres de classe A)	100 €	150 €
Équipement hors 100 % Santé* : monture + 2 verres - Renouvellement tous les deux ans (4)		
Un équipement avec deux verres simples	De 300€ à 800€ (selon la correction)	De 350€ à 850€ (selon la correction)
Un équipement avec un verre simple et un verre complexe		
Un équipement avec deux verres complexes		
Un équipement avec un verre simple et un verre ultra complexe		
Un équipement avec un verre complexe et un verre ultra complexe		
Un équipement avec deux verres ultra complexes		

Lentilles		
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité Sociale y compris jetables - forfait par an au-delà du plafond : TM	350 €	350 €
Kératochirurgie		
Chirurgie réfractive - forfait par œil	750 €	750 €

⁽¹⁾ - y compris monture max 100 €

⁽²⁾ - y compris monture max 150 €

AIDES AUDITIVES		
	Garanties de base obligatoires	Surcomplémentaire facultative
Jusqu'au 31/12/2020 - Prothèses auditives prises en charge	470 % BR avec minimum de 450 € par prothèse à concurrence des frais réels	470 % BR avec minimum de 450 € par prothèse à concurrence des frais réels
A partir du 01/01/2021 - 100 % santé : aides auditives de Classe 1 entrant dans le panier de soins 100 % Santé sans reste à charge pour l'assuré	Remboursement intégral tous les 4 ans / bénéficiaires, à compter de la date d'achat	Remboursement intégral tous les 4 ans / bénéficiaires, à compter de la date d'achat
A partir du 01/01/2021 - Aides auditives remboursées par le Régime Obligatoire, hors panier de soins 100 % Santé (appareils de Classe 2 à prix libre)	470 % BR tous les 4 ans / bénéficiaire, à compter de la date d'achat, avec un minimum de 450 € par prothèse à concurrence des frais réels, dans la limite de 1700 € - RO par appareil	470 % BR tous les 4 ans / bénéficiaire, à compter de la date d'achat, avec un minimum de 450 € par prothèse à concurrence des frais réels, dans la limite de 1700 € - RO par appareil
Autres actes audio prothétiques dont piles	75 €	75 €
Renouvellement des aides auditives selon dispositions réglementaires , tous les 4 ans / bénéficiaire, à compter de la date d'achat, dans la limite de 1700 € - RO par appareil		

DENTAIRE

	Garanties de base obligatoires	Surcomplémentaire facultative
Dentaire 100 % Santé (Panier reste à charge 0)		
Soins et prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé sans reste à charge pour l'assuré	Remboursement intégral, dans la limite des honoraires limites de facturation ⁽¹⁾	Remboursement intégral, dans la limite des honoraires limites de facturation
Dentaire hors 100 % santé (Panier reste à charge maîtrisé)		
Inlays / Onlays	300 € / acte dans la limite des honoraires limites de facturation	300 € / acte dans la limite des honoraires limites de facturation
Inlays Core sans / avec clavette (par acte)	470 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation	470 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Prothèses dentaires remboursées, y compris couronnes sur implants*	470 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation	470 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Supplément dents visibles (incisives, canines et prémolaires) sur prothèse remboursées de type couronne	100 € / dent	100 € / dent
Dentaire hors 100 % santé (Panier libre)		
Soins dentaires	470 % BR	470 % BR
Actes techniques dentaires secteur conventionné ou non conventionné	470 % BR	470 % BR
Inlays / Onlays	300 € / acte	300 € / acte
Inlays Core sans / avec clavette (par acte)	470 % BR	470 % BR
Prothèses dentaires remboursées, y compris couronnes sur implants ⁽¹⁾	470 % BR	470 % BR
Supplément dents visibles (incisives, canines et prémolaires) sur prothèse remboursées de type couronne	100 € / dent	100 € / dent
Autres prestations dentaires		
Prothèses provisoires	135 € / dent	
Orthodontie prise en charge (limitée à 6 semestres consécutifs)	900 € / semestre	900 € / semestre
Parodontologie remboursée	470 % BR	470 % BR
Prestations dentaires non remboursées par le régime obligatoire		
Prothèses dentaires non remboursées sur la base de la BR reconstituée	470 % BR	470 % BR
Orthodontie non prise en charge, y compris adultes (limitée à 6 semestres consécutifs)	800 € / semestre	800 € / semestre
Parodontologie et endodontie non remboursée	200 € / séance (4 séances / an / bénéficiaire)	200 € / séance (4 séances / an / bénéficiaire)
Implantologie	1200€ / an / bénéficiaire	1200€ / an / bénéficiaire

ACTES HORS NOMENCLATURE

	Garanties de base obligatoires	Surcomplémentaire facultative
Ostéopathe, chiropracteur, étiope, acupuncteur, naturopathe, diététicien, sophrologue, podologue, pédicure	45 € / séance (5/an/bénéficiaire)	45 € / séance (5/an/bénéficiaire)
Psychologue et psychomotricien enfants - 18 ans	45 € / séance (5/an/bénéficiaire)	45 € / séance (5/an/bénéficiaire)
Analyses biologiques non remboursées	80 € / an / bénéficiaire	80 € / an / bénéficiaire
Sevrage tabagique, tabacologue	80 € / an / bénéficiaire	80 € / an / bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse	80 € / an / bénéficiaire	80 € / an / bénéficiaire
Vaccins prescrits mais non remboursés	60 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
Pilules contraceptives, traitements œstraux-progestatifs, implants contraceptifs non remboursés	60 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire
Pharmacie prescrite mais non remboursée, homéopathie	60 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire

ALLOCATION OBSÈQUES

	Garanties de base obligatoires	Surcomplémentaire facultative
Assuré, conjoint, enfants si inscrits au contrat. Dans la limite des frais réels	100 % PMSS*	100 % PMSS*

CURES THERMALES

	Garanties de base obligatoires	Surcomplémentaire facultative
Forfait de Cures thermales prises en charge par le régime Obligatoire comprenant : forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement	25 % du PMSS*	25 % du PMSS*

⁽¹⁾ PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale : en 2020 = 3428 €

ASSISTANCE

INCLUS

TELECONSULTATION PLATFORM

INCLUS

❖ **Coût mensuel de l'option :**

Option facultative (non responsable)		
Salarié seul (Isolé)	Salarié + 1 Personne (Duo)	Salarié + 2 Personnes et au-delà (Famille)
17,03 €	30,85 €	43,70 €

L'adhésion à l'option est facultative. Le coût de l'option choisie sera prélevé chaque mois directement sur votre compte bancaire.

3. TELECONSULTATION MEDICALE



Une plateforme de consultation médicale à distance
À vos côtés et où que vous soyez.

Une réponse, un conseil, un diagnostic, un avis complémentaire et une ordonnance si nécessaire,
À portée de clic et sans se déplacer

Un service de téléconsultation adapté à vos besoins

Comment ça marche ?

Une procédure en **3 étapes** pour entrer en relation avec le corps médical

1. Faites votre demande de téléconsultation médicale

Sur www.medecindirect.fr

Par écrit, 24h/24 ET 7j/7

2. Choisissez comment dialoguer avec le médecin

Par écrit, téléphone ou vidéo



3. Un médecin généraliste ou spécialiste sélectionné selon leur expérience vous répond dans un délai de quelques minutes à 24h

Je consulte !

Disponible sur votre ordinateur et sur l'application mobile

Service 100 % pris en charge par votre mutuelle

5 langues disponibles : Français / Anglais / Espagnol / Italien / Portugais, à signaler avant la mise en relation

www.medecindirect.fr

MédecinDirect n'est pas un service qui se substitue au médecin traitant ou aux urgences. Ce service n'est pas une réponse à tous les problèmes médicaux. En cas d'urgence, appelez le 15 ou le 112.

4. VOTRE GESTIONNAIRE FRAIS DE SANTE / VOS ACCES

Votre contrat complémentaire frais de santé est géré par LOOMA, et son gestionnaire de prestations SG Santé.



Pour toutes vos questions concernant les frais de santé (devis, suivi, remboursement, etc...), veuillez contacter :

→ Par courrier : **SG Santé**

14 Rue Joliot-Curie – CS 30248
51010 Châlons-en Champagne Cedex

→ Vos gestionnaires dédiées :

Gestion administrative de votre dossier
(adhésions, modifications, radiations ...)

Bérangère DEHARBE

Tél. : 03 52 78 01 12

Email :

berangere.deharbe@sgsante.fr

Horaires : 6h00 – 13h00

Gestion de vos remboursements
(prises en charges hospitalière, devis ...)

Laurence LECOMPERE

Tél. : 03 26 26 22 31

Email :

laurence.lecompere@sgsante.fr

Horaires : 6h00 – 13h00

Sylvain AUMAND

Tél : 04 34 48 01 07

Email :

sylvain.aumand@sgsante.fr

Horaires : 13h00 – 20h00

Clémence BERNICHON

Tél : 03 26 26 24 61

Email :

clemence.bernichon@sgsante.fr

Horaires : 13h00 – 20h00

=> HORAIRES INDIQUEES DU LUNDI AU VENDREDI, le samedi de 9h30 à 17h30.

• **Pour consulter votre espace personnel :**

<https://www.sgsante.fr>