



Association de Prévoyance et de Protection de la Personne
49, rue de Sèze
69006 Lyon

Régimes de PRÉVOYANCE et de FRAIS MÉDICAUX

RÉSUMÉ DES GARANTIES 2026

Contrat Classique

A 3 P est une Association régie par la loi 1901,
créée par des Professions Libérales.

Elle met à la disposition de ses adhérents de

PROFESSIONS DE SANTÉ

son régime de Prévoyance et de Remboursement de Frais Médicaux.

Ce régime peut à la demande de chacun bénéficier
des dispositions fiscales de la Loi MADELIN.

Ce qui distingue le régime A 3 P des autres régimes... :

- Réduction importante de vos charges dans le temps : les cotisations d'assurance ne sont plus pénalisées par une augmentation du fait de l'âge.
- Pas de délai d'attente : les garanties prennent effet le premier jour du mois suivant l'acceptation de votre dossier (excepté pour le forfait maternité où il y a un délai d'attente de 9 mois)

Pour toutes informations vous pouvez consulter le site :

www.a3p-prevoyance.fr

ou contacter le courtier conseil de l'Association A3P :



C2P – Conseil en Protection des Personnes

☎ 04 81 65 18 90 / ✉ contact@c2p.eu

Régimes de PRÉVOYANCE et de FRAIS MÉDICAUX

RÉSUMÉ DES GARANTIES 2026

1. PREVOYANCE

INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Arrêt de travail par maladie à partir du 31 ^e jour jusqu'au 90 ^e jour. 392,50 € d'indemnité journalière, soit par mois	11 938,54 €
Arrêt de travail suite à accident ou hospitalisation supérieure à 24 heures ou hospitalisation en ambulatoire avec chirurgie et anesthésie locale ou générale à partir du 4 ^e jour jusqu'au 90 ^e jour. 392,50 € d'indemnité journalière, soit par mois	11 938,54 €
A partir du 91 ^e jour quelle qu'en soit la cause 261,67 € d'indemnité journalière, soit par mois	7 959,13 €

MATERNITE

Versement d'un FORFAIT aux assurées	100% PMSS* Soit 4 005,00 €
(pour les assurées justifiant d'une affiliation minimum de 9 mois, sur présentation d'un acte de naissance de l'enfant) * PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale.	

INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE

Rente Pleine : versement d'une rente mensuelle de.....	7 850,00 €
--	------------

DÉCÈS - INVALIDITÉ PERMANENTE ET TOTALE

Versement d'un CAPITAL égal à	282 600,00 €
Majoré d'un CAPITAL par enfant à charge de	70 650,00 €

DÉCÈS PAR ACCIDENT

Versement d'un CAPITAL supplémentaire de	70 650,00 €
--	-------------

INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE TOTALE

Versement d'un CAPITAL de.....	141 300,00 €
--------------------------------	--------------

Cotisations annuelles 2026

Incapacité de travail / Invalidité.....	3 193,38 €
Décès / Invalidité permanente et totale	
Invalidité professionnelle totale.....	1 398,87 €
Soit TTC	4 592,25 €

LE REGLEMENT DES ARRETS DE TRAVAIL EST EFFECTUE PAR :

HENNER GMC
Unité de Gestion n°31 B
14 boulevard Général Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine
☎ 01 55 62 53 38 - ✉ : a3pprevoyance@henner.fr

2. OPTION REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX GARANTIE FAMILIALE

Garanties en complément des remboursements du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire et dans la limite des Frais Réels

Nature des soins	Contrat de Base (Responsable)	Contrat Surcomplémentaire (intégrant remboursements du contrat de base)
Hospitalisation médicale et chirurgicale, y compris Maternité		
Honoraires Conventionnés Praticiens Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	500% RBT AMO	500% RBT AMO
Honoraires Conventionnés Praticiens Non Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	200% BR-SS	500% RBT AMO
Honoraires Non Conventionnés	80% FR – SS Maxi 200% TA– SS (Mini 100% TM)	80% FR – SS Maxi 500% RBT AMO reconstitué
Frais de Séjour Conventionnés	500 % RBT AMO	500 % RBT AMO
Frais de Séjour Non Conventionnés	80% FR – SS Maxi 500% RBT AMO (Mini 100% TM)	80% FR – SS Maxi 500% RBT AMO (Mini 100% TM)
Forfait hospitalier journalier	100% FR	100 % FR
Chambre particulière (y compris maternité)	2% PMSS soit 80,10 € par jour	2% PMSS soit 80,10 € par jour
Consultations – Visites – Radiologie – Actes de Spécialistes		
Praticiens Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR	100% BR
Praticiens Non Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	80% BR	100% BR
Praticiens Non Conventionnés	80% TA	100% BR reconstituée
Analyse – Auxiliaires Médicaux – Kinésithérapie – Transport Ambulance	100% BR	100% BR
Ostéopathe	50 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile et par bénéficiaire	50 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile et par bénéficiaire
Dentaire		
Soins Dentaires – Orthodontie acceptée	300% BR	300% BR
Prothèses 100 % Santé *		
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale (inlay-onlay, couronne transitoire, inlays-core couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	100 % PLV – SS	100 % PLV – SS
Prothèses à tarifs maîtrisés limités à 100 % PLV – SS et à tarifs libres : Prothèses fixes (couronnes et bridges), Prothèses amovibles, Couronnes provisoires, Inlays core, Inlays/Onlays	300 % BR	300 % BR
Prothèse Dentaire non prise en charge par l'AMO	215 € par prothèse	215 € par prothèse
Implantologie	15% PMSS, soit 600,75 € par année civile et par bénéficiaire	15% PMSS, soit 600,75 € par année civile et par bénéficiaire
Parodontologie non prise en charge par l'AMO	15% PMSS, soit 600,75 € par année civile et par bénéficiaire	15% PMSS, soit 600,75 € par année civile et par bénéficiaire
Orthodontie non prise en charge par l'AMO	10% PMSS, soit 400,05 € par année civile et par bénéficiaire	10% PMSS, soit 400,05 € par année civile et par bénéficiaire
Optique		
Remboursement limité à un équipement tous les 2ans**, sauf enfants de moins de 16 ans ou évolution de la vue au moins 0,5 dioptrie, le remboursement peut alors être annuel		Remboursement limité à un équipement tous les 2ans**, sauf enfants de moins de 16 ans ou évolution de la vue au moins 0,5 dioptrie, le remboursement peut alors être annuel
Equipements 100 % Santé *	100 % PLV – SS	100 % PLV – SS
Equipements à tarifs libres (1 monture+2 verres)		
- 2 verres simples ¹	Par équipement dont monture maxi 100€ -SS: 90% des FR mini 100€ et maxi 420€ - SS	Monture : 5 % PMSS, soit 200,25 €
- 2 verres complexes ²	90% des FR mini 200€ et maxi 700€ - SS	Verres : 90% des Frais Réels (aucune limite)
- 2 verres très complexes ³	90% des FR mini 200€ et maxi 800€ - SS	
Lentilles prescrites (la paire)	5% PMSS, soit 200,25€ par année civile et par bénéficiaire, mini 100% TM si acceptées	5% PMSS, soit 200,25€ par année civile et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive de l'œil	Maxi : 15% PMSS, soit 600,75 € par œil et par bénéficiaire	Maxi : 15% PMSS, soit 600,75 € par œil et par bénéficiaire
Pharmacie	100% des Frais Réels	100% des Frais Réels
Orthopédie - Appareillage	100% RBT AMO	100% RBT AMO
Appareil Auditif	Remboursement limité à 1 équipement / oreille tous les 4 ans	Remboursement limité à 1 équipement / oreille tous les 4 ans
Equipements 100 % Santé *	100 % PLV – SS	100 % PLV – SS
Equipements à tarifs libres	200% RBT AMO maxi 1700 € / oreille	200% RBT AMO maxi 1700 € / oreille
COTISATION FAMILIALE ANNUELLE 2026	Contrat de Base : 3 249,90 € (déductibles dans le cadre de la Loi Madelin)	Contrat Surcomplémentaire : 310,86 € (non déductibles dans le cadre de la Loi Madelin) Total Base + Surcomplémentaire : 3 560,76 €

BR : Base de Remboursement du Régime Obligatoire – PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale (4 005 € en 2026) – FR : Frais Réels – RBT : Remboursement – TM : Ticket Modérateur – TA : Tarif d'Autorité AMO : Assurance Maladie Obligatoire – BR : Base de Remboursement – OPTAM / OPTAM CO : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée – PLV : Prix Limite de Vente défini par la réglementation en vigueur
100 % Santé * : Dispositifs tel que définis réglementairement
Optique : ** la périodicité s'analyse par rapport à la date d'achat du dernier équipement

¹verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6 & + 6 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4

²verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6 ou + 6 ou dont le cylindre est supérieur à + 4 et à verre multifocal ou progressif

³verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8 à +8 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4 à + 4

Ratios de frais et de sinistralité des contrats santé / Ces informations sont communiquées en application de l'article 5 de la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 et de l'arrêté d'application du 6 mai 2020.

Pour l'année 2024, au titre de l'ensemble des contrats frais de santé assurés par QUATREM,

- le taux de redistribution s'élevait à 76.70%. Ce ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

- le montant total des frais de gestion, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes, s'élevait à 27.40%. Ce ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Les caractéristiques principales des Régimes de Prévoyance et de Frais Médicaux

I - INCAPACITÉ DE TRAVAIL

L'indemnité cesse d'être due en cas de cessation d'incapacité, en cas de décès, de radiation, à la date de liquidation de la pension de vieillesse, dès que le Régime Obligatoire cesse de verser ses indemnités journalières s'il y en a, ou au plus tard au 67^{ème} anniversaire de l'assuré.

II - FORFAIT MATERNITE

Délais de carence de 9 mois. Versement du forfait sous présentation de l'acte de naissance de l'enfant.

III - INVALIDITÉ

- Le CAPITAL Invalidité Permanente et Totale et le CAPITAL Invalidité Professionnelle Totale ne sont pas dus après le 67^{ème} anniversaire de l'assuré, ou après sa radiation.
- Les rentes cessent d'être versées après la radiation de l'assuré, en cas de décès, dès le versement d'une pension de vieillesse et au plus tard au 67^{ème} anniversaire de l'assuré.

BAREME D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE

• Le taux d'Invalidité est évalué de 0 à 100 % d'après la nature de l'invalidité par rapport à la profession exercée, et selon le barème d'Invalidité professionnelle pour les médecins effectuant des actes en ADC, ACO, ADA, ATM, SDE, PAR, PFM, PFE, PDA, TOR ou AXI.

- | | |
|---|---|
| - Si le taux retenu est supérieur ou égal à 66% : | Rente pleine. |
| - Si le taux retenu est entre 33 % et 66 % : | Rente proportionnelle (N / 66)
(N étant le taux d'Invalidité retenu) |
| - Si le taux retenu est inférieur à 33% : | Aucune rente n'est versée |

La rente est revalorisée en fonction de l'augmentation du point de retraite des Cadres (AGIRC)

IV - DÉCÈS

Le capital n'est pas dû en cas de décès de l'assuré après sa radiation, ou dès qu'il a fait valoir ses droits à une pension de vieillesse (sauf dans le cas du cumul emploi-retraite), ou après 75 ans.

Le capital Décès supplémentaire en cas d'accident n'est pas dû après le 67^{ème} anniversaire de l'assuré ou après sa radiation.

V - OPTION REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX (adhésion facultative)

La garantie est familiale et s'applique dès acceptation du dossier.

Les enfants à charge sont garantis jusqu'à 18 ans ou jusqu'à la veille de leur 26^{ème} anniversaire s'ils sont étudiants, alternants, apprentis, inscrits au Pôle emploi comme primo demandeur d'emploi ou en stage préalable à l'exercice d'un premier emploi.

La gestion des prestations Frais Médicaux est effectuée par :

HENNER - GMC- Unité de Gestion N°3 – E-mail a3psante@henner.fr 14 boulevard Général Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine - Tél : 01 55 62 52 03

VI - RISQUES EXCLUS

DÉCÈS : Le suicide, au cours de la première année qui suit la prise d'effet de l'assurance ; les guerres civiles ou étrangères ; et sauf accomplissement du devoir professionnel, les mouvements populaires, mouvements de grève, attentats, actes de terrorisme ou de sabotage, émeutes, insurrections, complots, si l'assuré y prend une part active.

INCAPACITÉ - INVALIDITÉ : Action intentionnelle de l'assuré, y compris le suicide ; acrobaties, exhibitions, paris, tentatives de record ; participation de l'assuré à tout sport et/ou compétition à titre professionnel ; vols sur prototypes ; utilisation d'ULM ; pratique du parapente et du parachutisme ascensionnel ; usage de stupéfiants non prescrits médicalement ; faits de guerre étrangère ou civile, participation active de l'assuré à des opérations militaires, à des émeutes ou rixes (sauf en cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel).

VII - MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations ne tiennent pas compte de l'âge et de la situation de famille. En conséquence, elles ne supportent aucune majoration due au vieillissement et au nombre de bénéficiaires.

Cotisations et Garanties suivent l'évolution du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

VIII - MODALITÉS DE SOUSCRIPTION

- Age limite de souscription : 65 ans
- Les garanties prennent effet le premier jour du mois suivant l'acceptation médicale du dossier.
- L'adhésion aux présents régimes est réservée aux membres de l'Association A3P, adhérents à la CARMF, CARCDSF ou CARPIMKO. La cotisation annuelle à l'Association est de 1 Euro, les Frais de répertoire s'élèvent à 15 Euros par an.

Pour toute question, vous pouvez contacter le courtier conseil de l'Association A3P :

C2P – 6, rue des Aulnes – 69410 CHAMPAGNE AU MONT D'OR

☎ 04 81 65 18 90 - ✉ contact@c2p.eu

Vos interlocuteurs : M DELATTRE Christophe ✉ cdelattre@c2p.eu / M BARROT Ludovic ✉ lbarrot@c2p.eu

Les statuts de l'association A3P sont à la disposition de chacun sur simple demande et disponibles sur le site de l'association



CONSEIL EN PROTECTION DES PERSONNES – SARL de courtage d'assurance au capital de 1980 € Siret 538 209 685 00030 dont le siège social est situé : 6 rue des Aulnes Champagne au Mont d'Or (69410) - Immatriculée à l'ORIAS en qualité de courtier d'assurance sous le numéro n°12064743 (vérifiable sur le site www.orias.fr). Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du code des assurances – Intermédiaire d'assurance sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest-CS 92459- 75436 PARIS cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr) – C2P travaille, en application des dispositions de l'article L 520-1 II b C. Ass., avec un nombre restreint de fournisseurs sans obligation contractuelle (la liste des partenaires est disponible sur simple demande) **En cas de réclamation :** vous pouvez vous adresser à service.reclamation@c2p.eu
En cas d'échec de votre réclamation dans un délai de deux mois à compter de son envoi, vous pouvez saisir le médiateur compétent en vous adressant à La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - le.mediateur@mediation-assurance.org