

# REGIME FRAIS DE SANTE

## Résumé de garanties – 2021

### Ensemble du personnel

Ensemble du personnel ayant plus de 7 jours d'ancienneté

Le régime est composé d'un contrat socle obligatoire et d'un régime optionnel surcomplémentaire à adhésion facultative. A votre embauche vous êtes obligatoirement affilié(e) au régime socle. Pour améliorer votre couverture, vous pouvez choisir d'adhérer au régime optionnel surcomplémentaire. Un formulaire est disponible auprès de votre DAP (Direction Administrative du Personnel).

GARANTIES	Régime socle obligatoire responsable	Régime optionnel surcomplémentaire - Sous déduction du régime socle
En complément des prestations versées par la Sécurité sociale		
<b>HOSPITALISATION</b>		
<b>Honoraires</b>		
Médecins du secteur 1 ou 2 adhérents DPTAM	100 % du TM + 380 % de la BR	400 % de la BR
Médecins non adhérents DPTAM conventionné ou non	100 % du TM + 100 % de la BR	400 % de la BR
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
<b>Frais de séjour</b>	400 % de la BR	400 % de la BR
<b>Chambre particulière</b>	65 € / jour	80 € / jour
<b>Frais d'accompagnement</b>		
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	1,5 % du PMSS / jour d'hospitalisation	2 % du PMSS / jour d'hospitalisation
<b>Forfait Actes Lourds</b>	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations, visites généralistes et spécialistes - Secteur 1 ou 2 adhérent DPTAM	100 % du TM + 30 % de la BR	200 % de la BR
Consultations, visites généralistes et spécialistes - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	100 % du TM + 10 % de la BR	200 % de la BR
Actes de chirurgie / technique - Secteur 1 ou 2 adhérent DPTAM	100 % du TM + 270 % de la BR	300 % de la BR
Actes de chirurgie / technique - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	100 % du TM + 100 % de la BR	300 % de la BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, ...)	300 % de la BR	300 % de la BR
<b>Imagerie médicale</b>		
Radiologie / Echographie - Secteur 1 ou 2 adhérent DPTAM	100 % du TM + 270 % de la BR	300 % de la BR
Radiologie / Echographie - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	100 % du TM + 100 % de la BR	300 % de la BR
<b>Analyses &amp; Examens de laboratoires ( Pris en charge par la Sécurité sociale)</b>	300 % de la BR	300 % de la BR
<b>Médicaments</b>		
Médicaments remboursés par la SS	100 % des FR moins le RSS	100 % des FR moins le RSS
<b>Matériel médical inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)</b>		
Matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - attelles, lits médicaux, accessoires, ...	100 % du TM	400 % de la BR
<b>AIDES AUDITIVES - Prise en charge d'une prothèse / oreille / période de 4 ans</b>		
Equipements « 100 % santé » <sup>(1)</sup> de classe I	100% PLV (SS + complémentaire santé)	100% PLV (SS + complémentaire santé)
Equipements « hors 100% Santé » de classe II	100% TM / appareil, dans la limite de 1700 € - SS	400% BR / appareil, dans la limite de 1700 € - SS
Consommables et accessoires (piles, embouts ...) pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM
<sup>(1)</sup> tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée dans la limite des prix fixés (Prix limite de vente : PLV) et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale		
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins et prothèses dentaires 100% Santé<sup>(1)</sup></b>	100% des Honoraires Limites de Facturation (SS + Complémentaire santé)	100% des Honoraires Limites de Facturation (SS + Complémentaire santé)
<b>Soins (hors 100% Santé)<sup>(2)</sup></b>		
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	100 % du TM	200 % de la BR
<b>Prothèses (hors 100% Santé)<sup>(3)</sup> (ensemble des actes prothétiques inscrits à la CCAM)</b>		
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	200 % de la BR / Inlays core : 100 % de la BR / Dans la limite des honoraires limites de facturation	400 % de la BR / Inlays onlays : 300 % de la BR / Inlays core : 200 % de la BR / Dans la limite des honoraires limites de facturation
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres	200 % de la BR / Inlays core : 100 % de la BR	400 % de la BR / Inlays onlays : 300 % de la BR / Inlays core : 200 % de la BR
Actes prothétiques non remboursés par la SS	215 € / acte (couronne et pilier de bridge sur dent saine)	430 € / acte (couronne et pilier de bridge sur dent saine)
<b>Autres actes dentaires non remboursés par la Sécurité Sociale</b>		
Parodontologie - Forfait / an / bénéficiaire	150 €	200 €
<b>Implantologie (chirurgie implantaire, couronne sur implant)</b>		
> Racine / vis / Implant	-	300 € / racine limité à 3 /an / bénéficiaire
> Faux moignon / inlay core / pilier	-	100 € / racine limité à 3 /an / bénéficiaire
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie remboursée par la SS	180 % de la BR	200 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS	180 % de la BR (y compris adulte)	200 % de la BR (y compris adulte)
<b>Plafond Dentaire (hors soins et prothèses "100 % Santé")</b>		
Plafond dentaire par an par bénéficiaire	<b>Au-delà du forfait prise en charge du TM + 25 % de la BR pour les prothèses dentaires et l'orthodontie remboursées par la SS</b>	
Prothèses dentaires (hors soins et prothèses "100 % Santé")	70 % du PMSS	100 % du PMSS
Orthodontie	Inclus	Inclus
Parodontologie	Inclus	Inclus
<sup>(1)</sup> 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.		
<sup>(2)</sup> cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% 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.		
<sup>(3)</sup> cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités		
<b>PACK PREVENTION AXA</b>		
Garantie homéopathie	60€/an/bénéficiaire, sur prescription du médecin traitant	
Séances d'activité sportive adaptées aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique	200€/an/bénéficiaire, sur prescription du médecin traitant (L'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'article D1172-2)	
Connecteurs Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres	100€/an/bénéficiaire sur prescription médicale	
<b>AUTRES POSTES</b>		
<b>FORFAIT GLOBAL MEDICINE DOUCE - Ostéopathie</b>	35 € / séance dans la limite de 3 séances / an / bénéficiaire	
<b>CURES THERMALES</b>		
Cures Thermales remboursées par la SS - Forfait (Honoraires / Transport / Hébergement)	30 % du PMSS / an / bénéficiaire	30 % du PMSS / an / bénéficiaire
<b>NAISSANCE - ADOPTION - Forfait par enfant</b>	5,85 % du PMSS	11,67 % du PMSS
<b>TRANSPORT</b>		
Frais de transport remboursés par la SS	100 % du TM	300 % de la BR
<b>ASSISTANCE</b>		
ASSISTANCE	Axa Assistance	Axa Assistance
ASSISTANCE	Numéro de la convention : 7204542 (formule Premium)	Numéro de la convention : 7204542 (formule Premium)
<b>RÉSEAU DE SOINS</b>	<b>ITELIS</b>	<b>ITELIS</b>

## Comprendre vos garanties

SS : Sécurité sociale

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux visant à décrire l'ensemble des actes réalisés par les professionnels de santé

FR : Frais Réels, montant facturé par le prestataire de santé. La somme des remboursements de la Sécurité sociale et de la complémentaire ne peut dépasser ce montant.

BR : Base de Remboursement, tarif défini par la Sécurité sociale pour un acte sur la base duquel sont remboursées les prestations.

TM : Ticket Modérateur, reste à charge après remboursement de la Sécurité sociale, hors dépaiement d'honoraires, franchise et pénalité.

PMSS / PASS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale / Plafond Annuel de la Sécurité sociale

DPTAM (Dispositif Pratique Tarifaire Maîtrisée) : Dispositif par lequel certains médecins s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions prévues par la convention signée avec l'Assurance maladie. Les honoraires d'un médecin adhérent DPTAM sont à ce titre mieux remboursés. Retrouvez le praticien adhérent DPTAM le plus proche de chez vous sur <http://annuaire.santé.ameli.fr>.

Prix Limite de Vente (PLV) : prix maximum devant être appliqués par les opticiens et audiprothésistes.

Honoraire Limite de Facturation (HLF) : montant maximum pouvant être facturés par les chirurgiens-dentistes

Réforme 100% santé : désormais chez votre professionnel de santé (chirurgien-dentiste, audiprothésiste, opticien), vous avez la possibilité d'être 100% remboursé.

Pour en savoir plus, n'hésitez à vous rendre sur notre page « 100% santé » sur [www.will.fr](http://www.will.fr)

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

# Résumé de garanties - 2021 (suite)

OPTIQUE (1)	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.	
Équipements « 100 % santé » (Monture & Verres de classe A) (2) (y compris prestation d'appariage / prestation d'adaptation / supplément pour verres avec filtre)	100% des Prix Limites de Vente (SS + Complémentaire Santé)	100% des Prix Limites de Vente (SS + Complémentaire Santé)
Prestations et équipements Hors 100% Santé (Monture & Verres de classe B) (3)		
Monture	100 €	Adulte : 125 € / Enfant : 100 €
Grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique
Prestations d'adaptation	100% des PLV	100% des PLV
Lentilles correctrices		
Lentilles correctrices remboursées ou non par la SS (y compris jetables)*	5 % du PMSS par an et par bénéficiaire	7 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Chirurgie Refractive	7 % du PMSS par oeil	9 % du PMSS par oeil

Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS

(1) Faculté de prise en charge : Renouvellement à compter de la date d'acquisition :

- Tous les 2 ans pour les adultes et enfants de 16 ans inclus et + ;
- Tous les ans pour les enfants de + 6 ans et de - 16 ans ;
- Tous les 6 mois pour les enfants de - 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, sinon renouvellement tous les ans.

Exceptions : Renouvellement anticipé possible pour raisons médicales

(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 limite 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

\* Au-delà du forfait, prise en charge du TM pour les lentilles remboursées par la SS

VOTRE GRILLE OPTIQUE			REGIME DE BASE	SURCOMPLEMENTAIRE E (y compris régime de base)
Type de verre	Sphère	Cylindre / Sphère + Cylindre (S+C)		
<b>Verres simple foyer ( Remboursement par verre)</b>				
Classe 1	Entre -4 et +4	De 0 à 2	90 €	97 €
	De -8 à -4,25	De 0 à 2		
Classe 2	De -8 à -0,25	De 2,25 à 4	106 €	116 €
	De +4,25 à +6	De 0 à 2 et S+C ≤ 6		
Classe 3	De 0 à +4	De 2,25 à 6 et S+C ≤ 6	128 €	139 €
	De -8 à -6,25	De 0 à 4		
Classe 4	De -8 à 0	≥ 4,25	170 €	180 €
	De 0 à +8	S+C > 6		
<b>Verres multifocaux / progressifs ( Remboursement par verre)</b>				
Classe 1	Hors zone de -8,25 à +8,25	Tous cylindres	177 €	190 €
	Entre -4 et +4	De 0 à 2		
Classe 2	De -8 à -4,25	De 0 à 2	193 €	206 €
	De -8 à -0,25	De 2,25 à 4		
Classe 3	De +4,25 à +8	De 0 à 2 et S+C ≤ 8	208 €	222 €
	De 0 à +5,75	De 2,25 à 8 et S+C ≤ 8		
Classe 4	De -8 à 0	≥ 4,25	235 €	254 €
	De 0 à +8	S+C > 8		
Classe 4	Hors zone de -8,25 à +8,25	Tous cylindres	235 €	254 €
	Entre -4 et +4	De 0 à 2		

## Les bénéficiaires

Les bénéficiaires des garanties souscrites sont assurés pour les frais de santé engagés pour eux-mêmes. Ces bénéficiaires sont, sous réserve de dérogations spécifiques :

- Le salarié régulièrement affilié
- Les ayants droit inscrits sur le bulletin d'affiliation du salarié, lors de l'affiliation ou suite à une demande ultérieure, sous réserve que leur affiliation soit prévue aux conditions particulières
- Ces ayants droit peuvent être le conjoint, les enfants à charge et les ascendants à charge fiscale

**Définition du conjoint :** Est considéré comme conjoint :

- Le conjoint du salarié non séparé de corps judiciairement,
- En l'absence de conjoint(e), le partenaire lié au salarié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- En l'absence de conjoint(e) ou de partenaire PACS, le concubin : personne vivant sous le même toit que le salarié, libre de tout lien marital ou lien de PACS, entretenant une relation stable et continue avec le salarié.

**Définition des personnes à charge :** Sont considérés comme enfants à charge, les enfants reconnus, adoptés ou recueillis du salarié, de son conjoint ou partenaire PACS ou concubin, qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- Etre âgé de moins de 18 ans,
- Etre âgé de moins de 28 ans, primo demandeur d'emploi, inscrit comme demandeur d'emploi au pôle emploi et ayant terminé ses études depuis moins de 6 mois,
- Etre âgé de moins de 28 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, affiliés à un régime de Sécurité sociale, sous contrat d'insertion professionnelle, notamment :
  - Emploi jeunes, formation en alternance, en apprentissage, ou contrat de professionnalisation
- Etre âgé de moins de 28 ans et inscrit au régime de la Sécurité sociale des étudiants.
- Quel que soit son âge, s'il est atteint d'une infirmité permanente l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunérée et sous réserve qu'il perçoive une des allocations pour adulte handicapé (loi du 30 juin 1975) ;
- Sont considérés comme personnes à charge les ascendants du salarié et/ou ceux de son conjoint, concubin ou partenaire PACS, à charge fiscalement.

## Comment changer de régime ?

Pour changer votre adhésion (du régime socle vers le régime optionnel surcomplémentaire ou inversement), une fiche de renseignements individuels est disponible auprès de votre DAP.

Vous avez la possibilité de choisir le régime optionnel surcomplémentaire à tout moment. Les garanties sont acquises dès le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de la demande. Aucun délai de carence n'est prévu.

Vous avez la possibilité de cesser d'adhérer au régime optionnel surcomplémentaire au 31 décembre de chaque année, après 2 années civiles d'adhésion complète en respectant un délai de prévenance de 2 mois, soit le 31 octobre au plus tard.

Toute sortie du régime optionnel surcomplémentaire est définitive sauf en cas de changement de situation familiale. Dans ce cas, la nouvelle adhésion est possible au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sous réserve d'un délai de prévenance de 2 mois, soit le 31 octobre au plus tard.

## Le réseau Itelis



Rendez-vous chez un professionnel de santé partenaire Itelis afin de diminuer vos dépenses de santé grâce à des tarifs négociés tout en vous assurant de bénéficier de soins de qualité !

Retrouvez en ligne, via votre espace assuré, votre outil de Géolocalisation pour trouver les professionnels de santé Itelis.

Prenez directement rendez-vous en ligne ou bien réalisez une consultation en visio avec les « partenaires bien-être Itelis » : diététiciens, ostéopathes, chiropracteurs, psychologues.



Connectez vous sur [www.witiwi.fr](http://www.witiwi.fr) puis cliquez sur « trouver un praticien »

## Vos services

Votre contrat Santé inclut les services suivants :

### Assistance Axa (Formule Premium) :

Téléphone : +33 (0)1 72 59 51 60  
N° de convention n°7204542

### Téléconsultation Axa

Téléphone depuis la France : 36 33  
Téléphone depuis l'étranger (+33) 01 55 92 27 54  
Ou consultation en audio, visio ou chat sur [www.bonjourdocteur.com](http://www.bonjourdocteur.com)

### Angel

Téléphone : 36 33 ou par chat sur [angel.fr](http://angel.fr)

### Axa Entraide

AXA Entraide apporte une aide aux assurés en situation humaine et financière difficile, aggravée par un événement déclencheur de détresse sociale (sinistre, maladie, accident...).

Pour plus de renseignements, nous vous invitons à prendre connaissance du guide des services.

## Nous contacter



0972 722 300

Service gratuit par app

Du lundi au vendredi de 8h à 20h



[eliorsante@grasavoye.com](mailto:eliorsante@grasavoye.com)



Appli Santé Gras Savoye



Gras Savoye Santé  
TSA 84 256  
77 283 AVON CEDEX



[www.witiwi.fr](http://www.witiwi.fr)

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



GRAS SAVOYE, société de courtage d'assurance et de réassurance  
Siège Social : Immeuble Quai 33, 33/34 quai de Dion-Bouton, CS 70001, 92814 Puteaux Cedex.  
Tél : 01 41 43 50 00. Télécopie : 01 41 43 55 55. <http://www.grasavoye.com>.  
Société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 euros. 311 248 637 RCS Nanterre. N° FR 61311248637.  
Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 001 707 (<http://www.orias.fr>).  
Gras Savoye est soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4 Place de Budapest. CS 92459. 75436 PARIS CEDEX 09



Page

2