

Résumé de garanties Frais de Santé

FONDATION D'AUTEUIL

Ensemble du personnel

1^{er} janvier 2021



Les bénéficiaires

Votre régime bénéficie :

- **À vous-même,**
- **A votre conjoint** non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale
- Est assimilé au conjoint, **votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS)** ou, à défaut, **votre concubin**, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué
- **A vos enfants, et ceux de votre conjoint ou de votre partenaire lié par un PACS ou de votre concubin :**
 - jusqu'à leur 20ème anniversaire, s'ils sont à votre charge (ou à celle de votre conjoint) au sens de la Sécurité sociale,
 - âgés de moins de 28 ans et affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants, **sous réserve de certificat de scolarité à fournir chaque année,**
 - âgés de moins de 28 ans et poursuivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance, **sous réserve de certificat de scolarité à fournir chaque année,**
 - âgés de moins de 28 ans et à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi), **sous réserve de justificatif Pôle Emploi à fournir tous les 3 mois,**
 - Quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 Juin 1975), **sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.**
- **A vos ascendants** à charge au sens de la Sécurité sociale, ou ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), à charge au sens de la Sécurité sociale.



Option & Sur-complémentaire

Vous pouvez souscrire à l'option facultative responsable et/ou à la sur-complémentaire facultative non responsable à titre individuel, pour augmenter le niveau de vos garanties et celui de vos ayants droits .

La demande de souscription peut intervenir :

- **à votre date d'entrée dans l'entreprise** lorsque la demande est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- **à la date de changement de situation de famille** (mariage, PACS, concubinage, naissance, divorce, veuvage, rupture de PACS, rupture de concubinage), lorsque la demande est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- dans les cas non visés ci-dessus, **au 1er janvier de chaque année** sous réserve que la demande parvienne avant le 1er novembre.

Changement de niveau de couverture Option et/ ou Sur-complémentaire :

Le changement d'adhésion est possible :

- **à la date de changement de situation de famille** (mariage, PACS, concubinage, naissance, divorce, veuvage, rupture de PACS, rupture de concubinage), lorsque la demande est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- **au 1er janvier de chaque année** sous réserve que la demande parvienne avant le 1er novembre.

Résiliation de l'Option et /ou de la Sur-complémentaire :

Après une période ininterrompue de 2 ans dans l'option facultative et/ou la sur-complémentaire facultative, vous pouvez demander la radiation avant le 1er novembre de chaque exercice pour prendre effet au 31 décembre suivant. Toute radiation est définitive.



Seul le personnel actif, le personnel en portabilité des garanties ou le personnel en suspension de contrat de travail peut bénéficier de l'option facultative et/ou du régime sur-complémentaire facultatif.

Garanties en complément de la Sécurité sociale <u>hormis</u> pour les garanties Optique	REGIME DE BASE OBLIGATOIRE	OPTION FACULTATIVE RESPONSABLE en complément du régime de Base	SUR-COMPLEMENTAIRE FACULTATIVE NON RESPONSABLE en complément du régime de Base <u>OU</u> en complément du régime de Base + Option facultative responsable
HOSPITALISATION			
Frais de séjour			
Hospitalisation chirurgicale - Etablissement conventionné ou non	TM + 140 % BR	-	-
Hospitalisation médicale - Etablissement conventionné ou non	TM + 60 % BR	-	-
Honoraires			
Secteur 1 ou adhérent DPTAM	TM + 140 % BR	-	-
Non adhérent DPTAM ou non conventionné	TM + 100 % BR	-	40% BR
Forfait journalier hospitalier	100% FR	-	-
Chambre particulière	75 € / jour (15 € / jour en ambulatoire)	-	-
Frais d'accompagnant (Enfant de - 12 ans ou de - 20 ans si handicapé)	44 € / jour	-	-
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations, visites généralistes - Médecin secteur 1 ou adhérent DPTAM	TM + 95 % BR	-	-
Consultations, visites généralistes - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	TM + 75 % BR	-	20% BR
Consultations, visites spécialistes - Secteur 1 ou adhérent DPTAM	TM + 200 % BR	-	-
Consultations, visites spécialistes - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	TM + 100 % BR	-	100% BR
Actes de chirurgie / technique - Secteur 1 ou adhérent DPTAM	TM + 130 % BR	-	-
Actes de chirurgie / technique - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	TM + 100 % BR	-	30% BR
Analyses & Examens de laboratoires			
Acte pris en charge par la Sécurité sociale	TM + 80 % BR	-	-
Honoraires paramédicaux			
Actes pris en charge par la Sécurité sociale	TM + 80 % BR	-	-
Imagerie médicale			
Radiologie / Echographie - Secteur 1 ou adhérent DPTAM	TM + 130 % BR	-	-
Radiologie / Echographie - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	TM + 100 % BR	-	30% BR
Médicaments			
Frais pharmaceutiques pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	-	-
Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	100% FR	-	-
Matériel médical (hors aides auditives)			
Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses pris en charge par la Sécurité sociale	TM + 200 % BR	-	-
AIDES AUDITIVES - Prise en charge d'une prothèse / oreille / période de 4 ans			
Equipements « 100 % santé » ⁽¹⁾ de classe I	100% PLV (SS + Complémentaire santé)	-	-
Equipements « hors 100% Santé » de classe II	TM + 200% BR + 510 € / prothèse dans la limite de 1 700 € - SS	-	-
Consommables et accessoires (piles, embouts ...) pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	-	-

⁽¹⁾ 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

Garanties en complément de la Sécurité sociale hormis pour les garanties Optique	REGIME DE BASE OBLIGATOIRE	OPTION FACULTATIVE RESPONSABLE en complément du régime de Base	SUR-COMPLEMENTAIRE FACULTATIVE NON RESPONSABLE en complément du régime de Base OU en complément du régime de Base + Option facultative responsable
--	----------------------------	--	---

DENTAIRE

Soins et prothèses dentaires « 100 % santé » (1)	100% HLF (SS + Complémentaire santé)	-	-
Soins hors « 100% Santé »			
Soins (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention, la chirurgie et la radiologie réalisée par un chirurgien-dentiste)	TM + 145 % BR	-	-
Inlay Onlay et Inlay Core à tarifs maîtrisés prises en charge par la Sécurité sociale (2)	TM + 145 % BR (dans la limite du HLF - MR)	-	-
Inlay Onlay et Inlay Core à tarifs libres prises en charge par la Sécurité sociale (3)	TM + 145 % 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)	TM + 350 % BR (dans la limite du HLF - MR)	-	-
Prothèses dentaires à tarifs libres prises en charge par la Sécurité sociale (3)	TM + 350 % BR	-	-
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale	245% BR reconstituée	-	-
Orthodontie			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	TM + 250 % BR	100% BR	-
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	350% BR reconstituée (sur la base d'un TO90)	-	-
Implantologie	Non garantie	1000 € / an / bénéficiaire	-
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	Non garantie	200 € / 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.

(2) 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.

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

OPTIQUE (1) (prestations y compris remboursement de la Sécurité sociale)

Équipements « 100 % santé » - Monture & Verres de classe A (2) (y compris prestation d'appairage / prestation d'adaptation / supplément pour verres avec filtre)	100% PLV (SS + Complémentaire santé)	-	-
Prestations et équipements « hors 100% Santé » - Monture & Verres de Classe B (3)			
Monture et Verres	Grille optique OPTI 4 (cf. page 5)	Grille optique OPTI 5 (cf. page 5)	-
Prestations diverses (appairage, adaptation, ...)	100% TM	-	-
Lentilles correctrices			
Lentilles de contact prises en charge ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables)	TM + 209% BR + 200 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire	-
Autres prestations optique			
Chirurgie réfractive	Non garantie	500 € / œil / an	-

(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 deux équipements doivent être achetés à la même date. 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.

AUTRES POSTES

Transports			
Transports pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	-	-
Maternité			
Prime versée à l'assuré sur présentation de l'acte de naissance ou du jugement d'adoption plénière (prime doublée en cas de naissance multiple)	229 €	-	-
Chambre particulière	75 € / jour	-	-
Cure thermique prise en charge par la Sécurité sociale			
Soins, traitement, frais de voyage et hébergement	100% TM	-	-
Médecine douce			
Séances d'ostéopathie, de chiropractie, de microkinésithérapie, d'étiopathie non remboursées par la Sécurité sociale (Le praticien doit être inscrit au répertoire d'Automatisation Des Listes (ADELI) ou au Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS))	40 € / séance, limité à 3 séances / an / bénéficiaire	-	-
Consultation chez un diététicien diplômé	40 € / an / bénéficiaire	-	-
Soins à l'étranger	TM + 80 % BR	-	-
Fauteuil roulant	200% BR	-	-
Garantie Assistance Vie Quotidienne	Oui	-	-
Actes de prévention (tout acte de prévention pris en charge par la Sécurité sociale)	100% TM	-	-



Grille optique OPTI 4 liée au REGIME DE BASE RESPONSABLE | Panier libre :

Hors panier 100% Santé	Dans le réseau de soins « Itélis »			Hors du réseau de soins « Itélis »				
Niveau de correction	Myopie/hypermétropie	Astigmatisme	Caractéristiques des verres unifocaux organiques de marque exclusivement	Caractéristiques des verres multifocaux organiques de marque exclusivement	Remboursement y compris Sécurité sociale	Caractéristiques des verres unifocaux et multifocaux	Verre unifocal Remboursement y compris Sécurité sociale	Verre multifocal Remboursement y compris Sécurité sociale
Faible	De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	Verre aminci Traitement contre les rayures	Verre aminci Traitement contre les rayures	Intégral	Variables selon l'opticien	60 €	160 €
Modéré	De 0 à 2 De 2,25 à 4	De 2,25 à 4 Inférieur ou égal à 2	Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			70 €	180 €
Moyen	De 2,25 à 4 De 4,25 à 6	De 2,25 à 4 Inférieur ou égal à 4	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			85 €	200 €
Elevé	De 6,25 à 8 De 0 à 8	Inférieur ou égal à 4 Supérieur ou égal à 4,25	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			110 €	220 €
Très élevé	Supérieur ou égal à 8,25	Tous cylindres					140 €	240 €
Monture jusqu'à 100 €						Monture	100 €	

Grille optique OPTI 5 liée à l'OPTION FACULTATIVE RESPONSABLE | Panier libre :

Hors panier 100% Santé	Dans le réseau de soins « Itélis »			Hors du réseau de soins « Itélis »				
Niveau de correction	Myopie/hypermétropie	Astigmatisme	Caractéristiques des verres unifocaux organiques de marque exclusivement	Caractéristiques des verres multifocaux organiques de marque exclusivement	Remboursement y compris Sécurité sociale	Caractéristiques des verres unifocaux et multifocaux	Verre unifocal Remboursement y compris Sécurité sociale	Verre multifocal Remboursement y compris Sécurité sociale
Faible	De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	Tous type de verres dont :	Tous type de verres dont :	Intégral	Variables selon l'opticien	70 €	200 €
Modéré	De 0 à 2 De 2,25 à 4	De 2,25 à 4 Inférieur ou égal à 2	Verre aminci en fonction de la correction Traitement contre les rayures	Verre aminci en fonction de la correction Traitement contre les rayures			105 €	250 €
Moyen	De 2,25 à 4 De 4,25 à 6	De 2,25 à 4 Inférieur ou égal à 4	Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani			135 €	265 €
Elevé	De 6,25 à 8 De 0 à 8	Inférieur ou égal à 4 Supérieur ou égal à 4,25	Verre sur-mesure Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée Teinte photochromique (fonce au soleil)	Verre sur-mesure Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée Teinte photochromique (fonce au soleil)			150 €	300 €
Très élevé	Supérieur ou égal à 8,25	Tous cylindres					200 €	325 €
Monture jusqu'à 100 €						Monture	100 €	



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 » : ostéopathes, chiropracteurs...



 Connectez vous sur www.witiwi.fr puis cliquez sur « trouver un praticien »

Connect@ide Itelis

Ce service vous offre des outils pour faire le point sur votre état de santé ainsi qu'un accès à une équipe pluridisciplinaire d'experts (psycho-juridico-sociale) pour faire face aux problématiques du quotidien : hospitalisation, perte d'autonomie, pathologie chronique, moment de détresse psychologique, situation de surendettement, besoin d'informations juridiques, ... Vous êtes mis en relation avec des psychologues, des assistants sociaux ou des juristes selon les sujets.

01 71 92 89 34 Service gratuit + prix d'un appel local

Assistance

Certaines situations peuvent déstabiliser votre quotidien : immobilisation, hospitalisation, maladie grave, etc.

Votre Garantie Assistance vous accompagne dans ces moments particuliers 7j / 7 24h / 24.

Un numéro d'appel vous est réservé pour bénéficier de l'ensemble des services et prestations :

01 72 59 51 60 Service gratuit + prix d'un appel local

Lors de votre appel, le numéro de protocole ci-après pourra vous être demandé : 7203625.


Téléconsultation

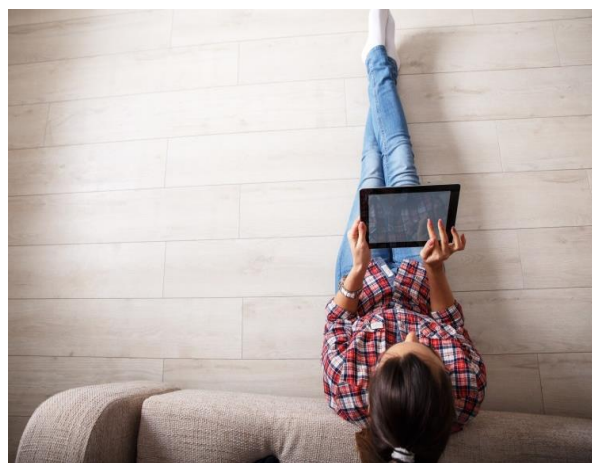
Quand on a besoin de consulter un médecin, c'est souvent rapidement : **7j / 7 24h / 24, vous et vos ayants-droit bénéficiez d'une consultation médicale avec un médecin et, si nécessaire, d'une ordonnance.**

Consultation à distance effectuée par un médecin inscrit à l'Ordre des Médecins et protégée par le secret médical.

Depuis la France **36 33** Service gratuit + prix d'un appel local

Depuis l'étranger **(+33) 1 55 92 27 54** Service gratuit + prix d'un appel local

 www.bonjourdocteur.com
Consultation en audio, visio ou chat





Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)

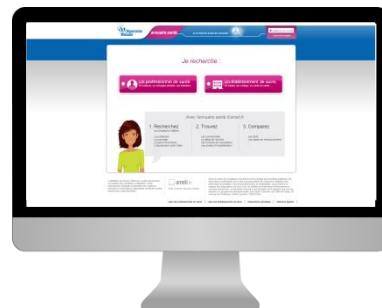
Qu'est ce que c'est ?

Les dépassements d'honoraires des médecins que vous consultez sont encadrés par l'Etat pour les soins courants (postes honoraires médicaux et imagerie médicale) et en hospitalisation (poste honoraires hospitaliers).

Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM¹) est une disposition par laquelle certains médecins s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans les conditions prévues par la convention signée avec l'Assurance maladie.

En pratique, les remboursements d'honoraires des médecins n'ayant pas signé cette convention sont plafonnés. **Les honoraires d'un adhérent DPTAM sont à ce titre mieux remboursés.**

(1) Le DPTAM rassemble les médecins signataires de l'OPTAM et OPTAM-Co (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée & Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgiens/Obstétriciens).



Retrouvez le praticien DPTAM le plus proche de chez vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr>.

100% Santé = 100% remboursé

Des équipements sans frais à votre charge en dentaire, optique et audiologie ?

C'est possible avec la réforme « 100% santé » depuis le **1^{er} janvier 2020** !

Chez votre professionnel de santé (opticien, dentiste, audioprothésiste), vous avez le choix entre différents types d'équipements regroupés en 3 paniers :



Panier 100% Santé

Il regroupe des équipements essentiels pour lesquels **vous serez remboursé à 100%**.



Panier maîtrisé

Le panier maîtrisé, uniquement proposé en dentaire regroupe des prestations **avec un reste à charge modéré** (selon vos garanties).



Panier libre

Le panier libre regroupe les prestations **qui ne rentrent pas dans les paniers 100% Santé et maîtrisés** et ne sont ni soumis à des Prix Limites de Vente¹ (en optique et audiologie), ni à des Honoraires Limites de Facturation² (en dentaire).

Les bonnes pratiques 100% Santé



Toujours demander un devis 100% Santé à votre professionnel de santé



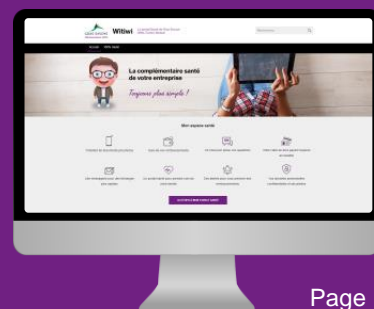
Faire analyser vos devis par Gras Savoye : nous pourrions vous assurer de bénéficier d'une offre 100% Santé

(1) Prix Limites de Vente : Il s'agit des prix maximums pratiqués par les opticiens et audioprothésistes pour les paniers 100% santé. Les montants ont été fixés en concertation entre les professionnels de santé et la Sécurité sociale

(2) Honoraires Limites de Facturation : Il s'agit des montants maximums pouvant être facturés par les chirurgiens-dentistes pour les paniers 100% santé et maîtrisés. Les montants ont été fixés en concertation entre les professionnels de santé et la Sécurité sociale.

Vous voulez en savoir  sur le 100% Santé ?

Rendez vous sur l'espace 100% Santé de witiwi.fr !





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, différence entre la base de remboursement d'un acte et son remboursement par la Sécurité sociale, soit le reste à charge après remboursement de la Sécurité sociale, hors dépassement d'honoraires, franchise et pénalité.

RSS : Remboursement 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.sante.ameli.fr/>.

Prix Limite de Vente (PLV) : prix maximum devant être appliqué par les opticiens et audioprothésistes. Les montants ont été fixés par la Sécurité sociale et sont entrés en vigueur de manière progressive entre le 1^{er} janvier 2019 et le 1^{er} janvier 2021.

Honoraire Limite de Facturation (HLF) : montant maximum pouvant être facturé par les chirurgiens-dentistes. Les montants ont été fixés par la Sécurité sociale et sont entrés en vigueur de manière progressive entre le 1^{er} avril 2019 et le 1^{er} janvier 2020.

Réforme 100% santé : désormais chez votre professionnel de santé (chirurgien-dentiste, audioprothésiste, opticien), vous avez la possibilité d'être 100% remboursé. Pour en savoir plus, n'hésitez pas à vous rendre sur notre page « 100% santé » sur www.witiwi.fr.

17/1/2020

Nous contacter



0972 722 300

Service gratuit
+ prix appel

Du lundi au vendredi de 8h à 20h



www.witiwi.fr



serviceclient@grassavoie.com



Appli Santé Gras Savoye



Gras Savoye Santé
TSA 84 256
77 283 AVON CEDEX