

FRAIS DE SANTÉ

wtw

RÉSUMÉ DE GARANTIES

Métropolitains

Au 1^{er} janvier 2023

osez

le progrès



Bouygues
Immobilier



bouygues

BOUYGUES

Donnons vie au progrès

Sommaire

Mes garanties Frais de santé	3
Hospitalisation	3
Soins courants	4
Aides auditives	5
Dentaire	6
Optique	8
Autres postes	10
Comment limiter mes frais de santé ?	11
Mon adhésion.....	12
Mes services.....	14
Mes outils digitaux.....	15
Contacter mon gestionnaire.....	16


Ce guide résume les garanties du contrat d'assurance frais de santé N° 5530 0001 / 5530 0009 souscrit auprès d'UNIPREVOYANCE

L'objet de cette brochure est de vous présenter les prestations santé et services associés auxquels vous avez droit ainsi que leurs conditions d'application.

Mes garanties Frais de Santé au 1^{er} janvier 2023



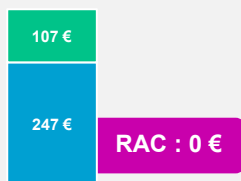
Assureur : UNIPREVOYANCE | Gestionnaire conseil du contrat : WTW

HOSPITALISATION ET MATERNITÉ 		PRESTATIONS BASE Y compris le remboursement SS dans la limite des frais réels		PRESTATIONS SURCOMPLÉMENTAIRE Non responsable facultative En complément de la base	
Honoraires, actes de chirurgie ou d'anesthésie		Secteur 1 ou adhérents DPTAM	Non adhérents DPTAM ou non conventionnés	Secteur 1 ou adhérents DPTAM	Non adhérents DPTAM ou non conventionnés
		400 % BR	200 % BR	-	+ 200 % BR
Frais de séjour A l'exclusion des prestations hôtelières : boissons, téléphone, TV, ...		400 % BR			
Chambre particulière (hors maternité)		Frais réels limités à 100 € / jour maxi			
Forfait hospitalier (forfait journalier, forfait actes lourds, Forfait Patient Urgence (FPU))		100 % des frais réels			
Lit d'accompagnant pour enfant de moins de 12 ans		49 € / jour			
Maternité	Pour la salariée ou la conjointe (épouse, concubine, PACS) adhérente au contrat frais de santé en « première mutuelle » Forfait naissance : couverture forfaitaire des frais médicaux liés à l'accouchement (dépassement d'honoraires et chambre particulière). Ces montants sont doublés en cas de naissance gémellaire	980 €			
	En cas d'acte chirurgical (ex. césarienne) Versement du forfait naissance + prise en charge des actes de chirurgie et d'anesthésie au titre de la garantie hospitalisation				
	Pour le salarié dont la conjointe est non adhérente* ou adhérente en « 2^{ème} mutuelle »* Forfait parentalité (couverture forfaitaire des frais médicaux liés à l'accouchement). Ces montants sont doublés en cas de naissance gémellaire. En cas d'Adoption d'un enfant de - 7 ans	250 €			

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/>.

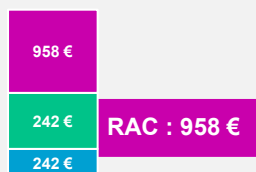
Exemples de remboursement

Honoraires d'un chirurgien **adhérent DPTAM** pour une opération chirurgicale de la cataracte : **354 €**



Honoraires d'un chirurgien **non adhérent DPTAM** pour une opération chirurgicale du genou (arthroscopie) : **1 442 €**

Régime de BASE



Régime de BASE + SURCOMPLEMENTAIRE



Vos services hospitaliers

DEUXIEMEAVIS.FR

Confirmer un diagnostic auprès d'un médecin expert
Accessible à partir de www.witiwi.fr

HOSPIWAY

Trouver l'hôpital adapté et consulter les différents tarifs
Accessible à partir de www.witiwi.fr

SOINS COURANTS



PRESTATIONS BASE

En complément de la SS

PRESTATIONS SURCOMPLÉMENTAIRE

Non responsable facultative
En complément de la base

	Secteur 1 ou adhérent DPTAM	Non adhérent DPTAM	Secteur 1 Ou adhérent DPTAM	Non adhérent DPTAM
	Honoraires médicaux Conventionnés			
Consultations, visites généralistes	100 % du TM + 40 % BR	100 % du TM + 20 % BR		
Consultations, visites spécialistes	100 % du TM + 120 % BR	100 % du TM + 100 % BR	+ 80% BR	+ 100% BR
Actes techniques médicaux & chirurgicaux	100 % du TM + 125 % BR	100 % du TM + 100 % BR		
Actes d'imagerie (ADI), radiologie, échographie, doppler	100 % du TM + 125 % BR	100 % du TM + 100 % BR	+ 75% BR	+ 100% BR
Honoraires médicaux Non Conventionnés remboursés d'après le tarif d'autorité	100 % du TM			
Honoraires paramédicaux *				
Analyses & Examens de laboratoires Tiers payant possible dans le réseau « SP Santé »	100 % TM + 90 % du dépassement d'honoraires			
Dispositif « MonPsy » pris en charge par la SS **	100% TM			
Médicaments pris en charge par la Sécurité Sociale (65 %, 30 % et 15 %)	100 % TM			
Matériel médical (hors aides auditives dentaires et optique) Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses pris en charge par la SS	500 % BR			

* ex auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées...

** Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale dès l'âge de 3 ans.

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/>

Exemples de remboursement

Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie conventionné : adhérent DPTAM : 60 €

Régime de BASE



Régime de BASE + SURCOMPLÉMENTAIRE

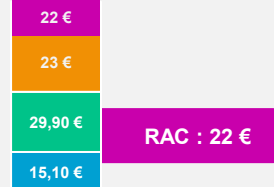


Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie conventionné : non adhérent DPTAM : 90 €

Régime de BASE



Régime de BASE + SURCOMPLÉMENTAIRE



Reimbursement Sécurité sociale

Reimbursement WTW

Reimbursement Surcomplémentaire

Frais restant à votre charge

Vos services santé

LA TELECONSULTATION

Consulter gratuitement un médecin à distance depuis la France ou l'étranger (voir détails page 14)

MY EASY SANTE

L'application qui prend soin de vous au quotidien



Equipements « 100 % santé » (*) de classe 1

100% PLV (Sécurité sociale + complémentaire santé)

Equipements hors « 100% Santé » de classe 2

1 320 € dans la limite des frais réels

Consommables et accessoires (piles, embouts ...) pris en charge par la SS

SS + 380 % BR

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

Les équipements 100% Santé audiologie



100% Santé = 100% remboursé

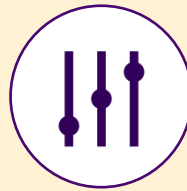
Le panier 100% Santé dit Classe 1 correspond à l'offre 100% Santé, 100% remboursée, avec un large choix d'aides auditives de qualité et performantes. En voici les principales caractéristiques :



Tous types
d'aides auditives



12 canaux
de réglage



Au moins
3 options*



Large choix d'aides
auditives de qualité

Le panier libre dit Classe 2 est composé quant à lui des aides auditives n'appartenant pas au panier 100% Santé et dont les tarifs sont librement définis par l'audioprothésiste.

*Au moins 3 des options suivantes qui permettent à l'assuré de pouvoir choisir parmi un panel de fonctionnalités selon ses besoins : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie $\geq 6\,000$ Hz, fonction apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération.

Ce qui a changé pour les audioprothésistes

L'audioprothésiste doit systématiquement proposer au moins une aide auditive de classe 1 pour chaque oreille devant être appareillée.

Depuis le 1^{er} janvier 2021, l'audioprothésiste doit obligatoirement établir et présenter un devis normalisé comportant une offre 100 % santé à l'assuré. Ce devis précise, notamment, les tarifs des appareils proposés et comportera une information sur les modalités de réalisation de l'essai des appareils, les prestations et les garanties incluses dans le prix de l'aide auditive. L'accord de l'assuré est demandé à l'issue de l'essai pour l'achat du dispositif.

L'assuré reste libre, cependant, de choisir un équipement auditif relevant de la classe 2.

Exemples de remboursement*

* Pour un adulte de 21 ans et plus

Aide auditive de classe 1 par oreille
(équipement 100% santé) : **1 100 €**



Aide auditive de classe 2 par oreille
(tarif libre) : **1 476 €**



■ Remboursement Sécurité sociale

■ Remboursement WTW

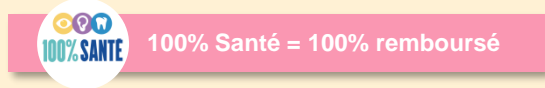
■ Frais restant à votre charge



SOINS, PROTHESES DENTAIRES, PROTHESES AMOVIBLES 100% Santé*	Remboursement intégral (SS + complémentaire)	
SOINS HORS 100% Santé		
Consultation, soins courants, radiologie (hors acte de chirurgie)	100 % du TM	
Acte Chirurgie dentaire	100 % du TM + 125 % BR	
Inlay Onlay à tarifs maîtrisés ** et à tarifs libres *** pris en charge par la SS	250 € / élément (Maxi 5 par an et par bénéficiaire); TM au-delà	
PROTHESES HORS 100% Santé	(ensemble des actes prothétiques inscrits à la CCAM en tarifs maîtrisés ** et tarifs libres ***)	
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ** et tarifs libres *** pris en charge par la SS	Dents du fond (16 17 18 26 27 28 35 36 37 38 45 46 47 48)	450 € y compris remboursement SS
	Dents du « sourire » (11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 41 42 43 44)	600 € y compris remboursement SS
Inlay-core à tarifs maîtrisés ** et à tarifs libres *** pris en charge par la SS	228,67 € / élément (y compris remboursement SS) (Max 5 par an et par bénéficiaire); TM + 25 % BR au-delà	
Prothèse transitoire à tarifs maîtrisés ** et à tarifs libres *** pris en charge par la SS	TM + 30 €	
Bridge dentaire à tarifs maîtrisés ** et à tarifs libres *** pris en charge par la SS	540 % de la BR (y compris remboursement SS)	
Appareil amovible (y compris « réparations »)	400 % BR	
ORTHODONTIE prise en charge par la SS	300 % du remboursement Sécurité sociale	
ORTHODONTIE non prise en charge par la SS	300 % du remboursement Sécurité sociale reconstitué	
IMPLANTOLOGIE		
Implant (fausse racine)	915 € (maxi 3 par an et par bénéficiaire)	
Pilier implantaire (pièce intermédiaire entre l'implant et la couronne)	300 € / élément (maxi 3 par an et par bénéficiaire)	
PARONDOTOLOGIE non remboursée par la Sécurité sociale		
Curetage / surfaçage	220 € / séance, 2 séances / an / bénéficiaire	
Grefte gingivale	484 € / greffe, 1 greffe / an / bénéficiaire	
Lambeau parodontal	167 € / lambeau, 4 par an / bénéficiaire	
Allongement coronaire	58 € / intervention, 4 / an / bénéficiaire	

* tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dans la limite des prix limite de vente aussi appelés honoraires limites de facturation (HLF) en dentaire et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.
 ** 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 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.
 *** cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités.

Le 100% Santé en dentaire

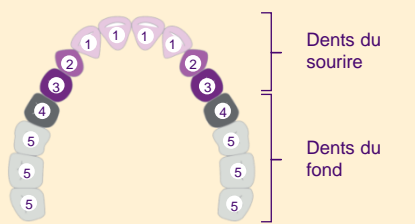


Désormais il existe 3 paniers de soins différents :

- Panier de soins « reste à charge 0 » : prise en charge à 100 % (dans les limites du tableau ci-après)
- Panier de soins « aux tarifs maîtrisés » : prix plafonnés pour certains actes prothétiques (voir tableau ci-après)
- Panier de soins « aux tarifs libres » : libre choix des techniques et des matériaux / prix libres

En dehors du panier « reste à charge 0 », les remboursements se font dans les limites des garanties prévues ci-dessus.

Montants des Honoraires Limites de Facturation* (HLF) :



- ① Incisives
- ② Canines
- ③ 1ères prémolaires
- ④ 2èmes prémolaires
- ⑤ Molaires

- Panier 100% Santé
- Panier maîtrisé
- Panier libre

	Incisives Canines	1ères prémolaires	2èmes prémolaires	Molaires
Métallique	290 €			
Céramique Monolithique Zircono	440 €			440 €
Céramique Monolithique hors zircono	500 €		550 €	
Céramo-métallique	500 €		550 €	Pas de HLF
Céramo-céramique	Pas de HLF			
Métallique précieux	Pas de HLF			
Inlay – Core	175 € si couronne 100% santé ou maîtrisé			
Prothèse transitoire	60 € si couronne 100% santé ou maîtrisé			

* honoraires limites de facturation (HLF) : Il s'agit des montants maximums pouvant être facturés par les chirurgiens-dentistes pour les paniers 100% santé et maîtrisé. Les montants ont été fixés en concertation entre les professionnels de santé et la Sécurité sociale.

Exemples de remboursement

Détartrage : **28,92 €**



Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé) : **500 €**



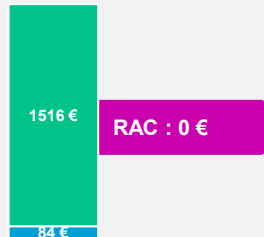
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires (panier maîtrisé) : **538 €**



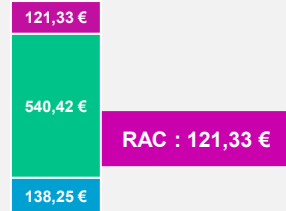
Couronne céramo-métallique sur molaires (panier libre) : **538 €**



Implant, pilier et couronne pour dent du fond : **1 600 €**



Inlay core et couronne pour dent du fond (panier libre) : **800 €**




■ Remboursement Sécurité sociale

■ Remboursement WTW

■ Frais restant à votre charge



OPTIQUE * 	PRESTATIONS BASE	PRESTATIONS SURCOMPLÉMENTAIRE
Tiers Payant et devis dans le réseau ITELIS	Y compris le remboursement SS dans la limite des frais réels	Non responsable facultative en complément de la base
Équipements « 100% santé » (Monture & Verres de classe A) ** (y compris prestation d'appairage / prestation d'adaptation / supplément pour verres avec filtre)	Remboursement intégral (SS + complémentaire)	
Prestations et équipements hors « 100% Santé » (Monture & Verres de classe B) ***	Panachage classe A et classe B possible (monture / verres) dans ce cas, application des plafonds Contrat responsable sur l'ensemble de l'équipement	
Monture Adulte ou Enfant	100 €	
Verre	Forfait par verre selon la grille optique de remboursement ci-après	
Prestations diverses (appairage, adaptation, ...)	TM	
Lentilles correctrices remboursées, non remboursées par la SS, y compris jetables	120 € / an / bénéficiaire ; TM au-delà du forfait si remboursement SS	+ 20€ / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive par œil par an (opération de l'œil pour corriger la vue)	75 % des frais réels maxi 800 € par œil	

	Myopie ou hypermétropie	Verre Simple foyer		Verre Progressif	
		Hors réseau	itelis	Hors réseau	itelis
Sphère de 0 à 8 et astigmatisme inférieur ou égal à 2	Sphère de 0 à 2	63 €	70 €	179 €	195 €
	Sphère de 2,25 à 4	90 €	100 €	216 €	235 €
	Sphère de 4,25 à 6	98 €	110 €	225 €	250 €
	Sphère de 6,25 à 8	152 €	165 €	269 €	300 €
Sphère de 0 à 8 et astigmatisme > 2 à 4	Sphère de 0 à 2	106 €	115 €	229 €	250 €
	Sphère de 2,25 à 4	121 €	135 €	250 €	275 €
	Sphère de 4,25 à 6	144 €	160 €	259 €	285 €
Sphère > 8 ou astigmatisme > 4		169 €	185 €	270 €	295 €
		225 €	250 €	287 €	310 €

* 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 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.

** 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

*** 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

itelis En consultant un opticien du réseau Itelis, vous bénéficiez de conditions et tarifs négociés et d'une garantie "casse et adaptation" gratuite



Lecture de l'ordonnance et correspondance avec la grille de remboursement
Exemple de prescription : « OD -3.00 (+1.00) 90° add : +2.00 »

La sphère : premier chiffre figurant sur l'ordonnance juste après OD (Œil Droit) et OG (Œil Gauche) ; caractérise le degré de myopie s'il est négatif ou le degré d'hypermétropie s'il est positif

L'astigmatisme : correspond aux chiffres positifs ou négatifs exprimés entre parenthèses suivis d'une mesure en degrés (Axe d'astigmatisme)

La presbytie : est une correction additionnelle exprimée positivement

Les équipements 100% Santé optique



100% Santé = 100% remboursé



Une monture

- 17 modèles adultes¹
- et 10 modèles enfants¹
- en 2 coloris différents par modèle¹
- Des montures respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 €.
- Remplacement total ou partiel en cas de casse pendant une période de 2 ans²

¹ Il s'agit d'un nombre minimum par point de vente.

² Cette garantie exclut les motifs suivants : rayures, utilisation anormale ou contraire à une utilisation conforme, adaptée et régulière du produit. Cette garantie n'est valable qu'une fois dans la période de 2 ans.

³ Selon les dispositions prévues dans l'arrêté du 3 décembre 2018 publié au Journal officiel n°0288 du 13 décembre 2018.

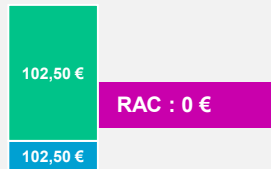


Des verres³

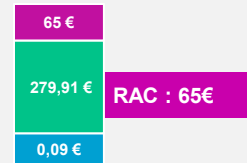
- Traitement anti-rayure, anti-reflet, anti-UV
- Amincissement
- Des verres traitant l'ensemble des troubles visuels avec un prix inférieur ou égal à 170 € selon le type de verres et la correction.

Exemples de remboursement

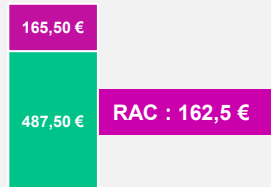
Équipement optique de classe A (monture + verres)
de verres unifocaux (équipement 100% santé) : **125 €**



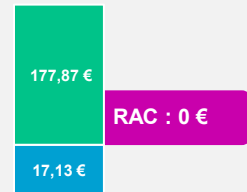
Équipement optique de classe B (monture + verres)
de verres unifocaux (tarifs libres) : **345 €**



Chirurgie réfractive : **650 €**



Monture de classe B (tarifs libres) + verres
de classe A (100 % Santé) : **195 €**



■ Remboursement Sécurité sociale

■ Remboursement WTW

■ Frais restant à votre charge



AUTRES POSTES



PRESTATIONS BASE en complément de la SS

PRESTATIONS SURCOMPLÉMENTAIRE Non responsable facultative en complément de la base

Transports pris en charge par la Sécurité sociale	100 % du TM	
Cures thermales (frais médicaux, de transport, de séjour)	100 % du TM ; si refusée SS : forfait 76,22€	
Vaccins prescrits* et non remboursés par la Sécurité sociale	6 % PMSS / an / bénéficiaire, soit 219,96 € en 2023	
Modes de contraception prescrits (*) par un médecin non pris en charge par la SS	Forfait Trimestriel 25 euros dans la limite des Frais réels	
Chiropraticien, diététicien, ostéopathe, podologue-pédicure, psychomotricien, acupuncture**, étioopathie**, hypnothérapie**, micro kiné**	30 € / séance, maxi 4 séances / an / bénéficiaire tous praticiens confondus	+ 20€ / séance, maxi 4 séances / an /bénéficiaire
Psychologue	30 € / séance, maxi 4 séances / an / bénéficiaire	
Sevrage tabagique (prescription, dans le cadre d'un accompagnement médicalisé, de substituts nicotiniques ou de médicaments)	Pris en charge au titre de la pharmacie	
Activité sportive thérapeutique dans le cadre d'une Affection Longue Durée au sens de la Sécurité sociale) sur prescription du médecin traitant. Les séances doivent être pratiquées par les professionnels suivants : • Professionnels de santé = kinés, ergothérapeutes et psychomotriciens • Coach APA (activité physique adaptée) diplômé	200 € par an et par bénéficiaire	

PMSS 2023 = 3 666 euros

CHIROPATICIEN : titulaire du diplôme de Docteur en Chiropratique (D.C.) délivré par l'Institut Franco-Européen de la Chiropratique ou d'une école accréditée par le Council on Chiropractic Education (C.C.E.).

OSTÉOPATHE : médecin ou kinésithérapeute, titulaire d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie, ou ostéopathe autorisé par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales à faire usage du titre professionnel d'ostéopathe.

AUTRES PRATICIENS : diplômés d'État (DE) ou inscrits au répertoire RPPS, ADELI ou FINESS.

* Remboursement sur présentation de la copie de la prescription et de l'original de la facture acquittée

** ces actes ouvrent droit à remboursement si réalisés par : ostéopathes, kinésithérapeutes, psychothérapeutes, médecins

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 dépassement 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. Le DPTAM rassemble les médecins signataires à l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou l'OPTAM-CO (Option réservée aux chirurgiens et obstétriciens).

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

PLV : Prix Limite de Vente, prix maximum devant être appliqués par les opticiens et audioprothésistes. Les montants ont été fixés par la Sécurité sociale.

HLF : Honoraire Limite de Facturation, montant maximum pouvant être facturés par les chirurgiens-dentistes. Les montants ont été fixés par la Sécurité sociale.



Avant toute consultation, connectez-vous sur le site de l'Assurance Maladie !

Informez-vous sur l'adhésion d'un praticien au Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisé (DPTAM) et limitez les dépassements d'honoraires. Rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr>

Je ne communique pas le montant de mes garanties aux praticiens !

Afin de ne pas leur donner la possibilité d'ajuster leurs tarifs en fonction de votre remboursement, ne présentez pas votre résumé de garanties avant de connaître le prix.



Demandez plusieurs devis et faites-les analyser par WTW !

Avant d'engager des dépenses importantes, notamment en dentaire, comparez plusieurs devis ! Les professionnels de santé sont dans l'obligation de vous les fournir

Ayez le réflexe « médicaments génériques » !

Aussi efficaces et vendus 30 à 40% moins cher, profitez en plus de la prise en charge immédiate par la Sécurité sociale





Les bénéficiaires

Quels membres de votre famille peuvent bénéficier des garanties ?

Votre CONJOINT non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale française.

Est assimilé au conjoint, dans le cas où la situation de l'ayant droit ne correspond pas à celle décrite ci-dessus,

- votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou,
- à défaut, votre concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale française. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou une attestation sur l'honneur de vie commune devra être fournie. Le concubin doit répondre à la définition de l'article L 515-8 du Code civil; Il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.

Vos ENFANTS et ceux de votre conjoint :

- à sa charge au sens de la Sécurité Sociale (ou à celle de son conjoint) et âgés de moins de 18 ans,
- âgés de moins de 28 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance
- âgés de moins de 28 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'Assurance Chômage 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),
- 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 21^{ème} anniversaire,
- en cas de divorce, ses enfants confiés au conjoint et pour lesquels une pension alimentaire est versée en application d'une décision judiciaire.

Vos ASCENDANTS (et ceux de votre conjoint) bénéficiant de la Sécurité sociale sous son numéro d'immatriculation ou bénéficiant de leur propre numéro d'immatriculation, dès lors que ces derniers justifient vivre au domicile du participant, n'exercer aucune activité professionnelle et ne percevoir aucun revenu propre* tel que défini dans le cadre de l'imposition sur le revenu (une attestation sur l'honneur et l'avis d'imposition de l'ascendant devront être fournis).

- Par revenu propre, on entend : traitement/salaire, BIC (Bénéficiaires Industriels et Commerciaux), BA (Bénéficiaires Agricoles), BNC (Bénéficiaires Non Commerciaux), pension/retraite/rente.

La Surcomplémentaire

- Au moment de votre adhésion à la BASE Obligatoire, vous avez la possibilité de vous affilier à la Surcomplémentaire. L'adhésion à la Surcomplémentaire vaut pour vous et vos ayants-droit.

- **Ce régime peut être souscrit par l'assuré :**

- Lors de l'embauche
- En cas de changement de situation de famille (mariage, PACS, naissance, divorce)
- A l'expiration d'une dispense

Le salarié peut adhérer au régime au 1^{er} janvier de chaque année lors d'une campagne de communication organisée à cet effet.

- **Durée d'adhésion** : L'affiliation se fait pour une durée minimale de deux années consécutives.
- **L'assuré peut demander sa radiation** avant le 31 octobre de chaque année civile pour prendre effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.
La radiation ne peut être demandée qu'au bout de deux années consécutives d'affiliation. (Sauf changement de situation de famille). La radiation vaut pour le salarié et ses ayants droit.

Les cotisations

COTISATIONS MENSUELLES 2023 – Part employeur + Part salarié

Hospitalisation / Maternité	0,52 % du salaire plafonné à 4 PASS (cotisation 100 % employeur)		
Forfait autres garanties	Régime général :	Adulte : 55 €	Enfant : 27,50 €
	Alsace-Moselle :	Adulte : 27,50 €	Enfant : 13,75 €
			Gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant

SURCOMPLÉMENTAIRE (100% à la charge du collaborateur) :
Adulte = 7 € / mois - Enfant : 4 € / mois (gratuité à partir du 3^e enfant)

* PASS : Plafond annuel de la Sécurité sociale, 1 PASS = 43 992 € en 2023

Actualiser mes informations

Envoyez-nous un mail à bouygues@grassavoye.com pour nous demander d'effectuer la mise à jour de **vos** **adresse Email**.

Vous souhaitez mettre à jour votre adresse Email



Vous changez de lieu de résidence sans changer de département

Informez-nous par courrier, email, sur l'appli ou connectez-vous directement à l'extranet :

<https://www.witiwi.fr>
rubrique « mon compte »

Transmettez-nous la copie de **vos** **nouvelle attestation Vitale** (téléchargeable sur www.ameli.fr)

Vous changez de département et donc de CPAM



Vos coordonnées bancaires changent (nouvelle banque, nouveau compte...)

Adressez-nous votre nouvel IBAN par courrier ou par email ou connectez-vous à l'extranet pour nous l'adresser : <https://www.witiwi.fr>
rubrique « formulaire de contact »

Rapprochez-vous de votre RH en complétant un nouveau BIA **en cochant la case « modification »** avec les pièces justificatives (extrait d'acte de naissance, attestation vitale...) et **vos** **RH se chargera de l'envoyer à WTW pour mise à jour.**

Votre composition familiale change (mariage, naissance, divorce...)



Vos enfants de plus de 20 ans sont apprentis ou étudiants

Avant le 31 octobre de chaque année, **adressez-nous le certificat d'apprentissage ou de scolarité** par courrier, par email, sur votre extranet ou application mobile.



Ces informations ont des conséquences sur votre couverture frais de santé.
En cas de changement de situation il est donc important d'effectuer les mises à jour nécessaires car :

- votre cotisation mensuelle dépend de votre situation familiale
- la non-fourniture du certificat de scolarité ou d'apprentissage a pour conséquence la radiation de votre enfant.
- l'envoi d'un extrait de naissance n'engendre pas l'affiliation de votre enfant. Il convient de vous rapprocher de votre service RH afin de compléter un bulletin de modification.



itelis

Le réseau Itelis

Rendez-vous chez un professionnel de santé partenaire Itelis afin de **diminuer vos dépenses de santé** grâce à des tarifs négociés et l'assurance de bénéficier de soins de qualité !

Retrouvez les professionnels de santé Itelis depuis votre **outil de Géolocalisation** disponible sur votre Espace Assuré en cliquant sur « **Trouver un praticien** »,

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

(+33) 01 72 59 51 41

Service gratuit
+ prix appel

du lundi au vendredi de 9h à 18h sans interruption



La 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 appel

Depuis l'étranger

(+33) 01 55 92 27 54

Service gratuit
+ prix appel



Le fonds social

Si vous ou un de vos ayants-droit êtes confronté à une situation difficile avec des dépenses importantes liées à la santé ou au handicap, le fond social peut intervenir en vous attribuant, sur dossier, une aide financière.

Exemples de domaines d'intervention :

- Frais dentaires, hospitaliers
- Séances de psychothérapie ou de psychomotricité
- Aide à domicile suite à maladie ou intervention chirurgicale

Pour constituer un dossier rendez vous sur :
<http://uniprevoyance.fr/salarie/fond-social/>

Pour plus d'informations rapprochez vous de votre service RH ou d'une assistante sociale.

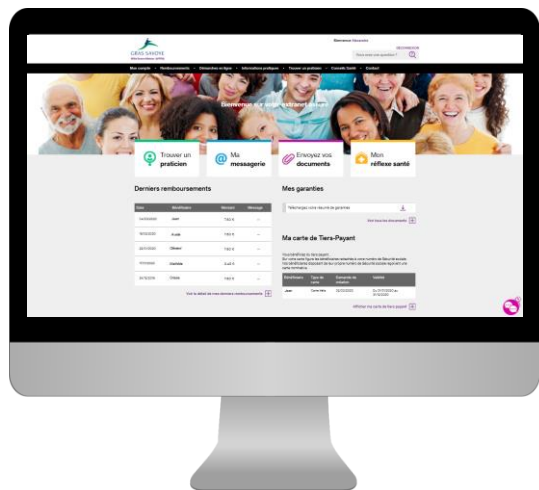


www.bonjourdocteur.com

Consultation en audio, visio ou chat

Vos services online

Découvrez toutes les fonctionnalités de votre espace assuré sur witiwi.fr



Créer votre compte facilement !

Pour bénéficier d'un accès à l'extranet assuré, vous devez impérativement **communiquer votre adresse email** à nos services :


soit en l'indiquant dans le bulletin individuel d'affiliation à l'adhésion,

soit en contactant le Service Client WTW (voir coordonnées au dos), en précisant votre n° adhésion, vos noms et prénoms,

Vous recevrez alors un e-mail avec vos identifiants !


Sur votre espace assuré vous pouvez :


 Accuser réception et suivre le traitement de votre demande

 Trouver facilement un praticien par spécialité

 Accéder/télécharger votre carte de tiers payant

 Consulter vos derniers remboursements réglés ou en attente

 Photographier et transmettre tous vos documents

 Ajouter et modifier vos coordonnées bancaires



L'accès à vos services en ligne (appli mobile et extranet) est sécurisé par un mot de passe que **vous devez modifier tous les 90 jours** (à compter de sa création ; cliquez sur mot de passe oublié).

Ce mot de passe est commun à l'appli et à l'Espace Assuré.

Et plein d'autres services à découvrir !



Et aussi votre application Santé

Toutes les fonctionnalités de votre espace assuré sur votre smartphone





Retrouvez le résumé de garanties à jour et diverses informations pratiques sur :

Bylink → Ressources Humaines → Protection sociale → Prévoyance et Frais de santé

Nous contacter

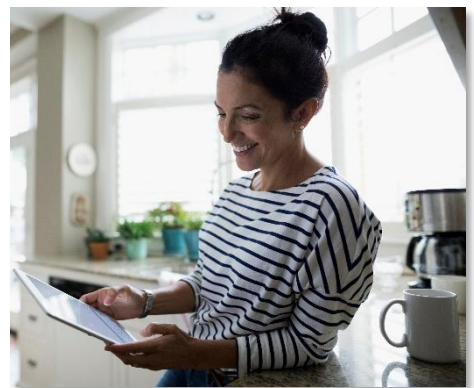
Par internet : www.witiwi.fr

Par mail : bouygues@grassavoie.com

Par courrier :
Willis Towers Watson France (Ex Gras Savoye)
TSA 84256 – 77 283 AVON Cedex

Par téléphone :
Du lundi au vendredi de 8h à 20h sans interruption
01 30 60 21 51

Accueil physique :
(antenne à Challenger)
Du lundi au vendredi
De 9h00 à 17h00 sans interruption



MENTIONS LEGALES

WILLIS TOWERS WATSON France, 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. <https://www.wtwco.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>). Willis Towers Watson France est soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution). 4 Place de Budapest. CS 92459. 75436 PARIS CEDEX 09



[wtwco.com/social-media](https://www.wtwco.com/social-media)

Copyright © 2022 WTW. Tous droits réservés.

[wtwco.com](https://www.wtwco.com)

