



RÉSUMÉ DES GARANTIES

Frais de Santé ensemble du personnel (contrat 38800)

Dépliant disponible sur votre Espace Assuré (www.witiwi.fr)

A compter du 01/01/2024

GroupeSOS
Entreprendre au profit de tous

Ce guide résume les garanties du contrat d'assurance frais de santé.

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.

Les bénéficiaires

Un régime dédié :

A titre obligatoire à :

- Vous-même, **assuré social, salarié de l'entreprise**,

A titre facultatif :

- Votre **conjoint marié/concubin/pacsé**,
- Vos **enfants** ou ceux de votre conjoint **étant à votre charge fiscale**, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou recueillis bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale, à savoir :
 - Agés de moins de 21 ans,
 - Agés de moins de 28 ans :
 - S'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65% du SMIC,
 - S'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage,
 - S'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi ou effectuant un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.
 - La limite d'âge est supprimée pour les enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^{ème} anniversaire ou leur 28^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études.

L'assuré peut demander l'affiliation de ses ayants droit :

- à la même date que son adhésion,
- au jour où est intervenu le changement de situation familiale,
- à la date à laquelle ils répondent aux conditions d'ayant droit.



Pour les ayants droit, les garanties cessent :

- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayants droit,
- au **31 décembre** de l'exercice au cours duquel la radiation est demandée pour les ayants droit, sous réserve que votre demande nous parvienne **avant le 31 octobre** de l'année en cours.
- en cas de non-paiement des cotisations.

Les ayants droit, une fois radiés, ne pourront plus bénéficier des garanties au titre du présent contrat. La radiation est définitive.

Option Premium

Une option facultative « PREMIUM »
afin d'augmenter l'ensemble de vos garanties

Le choix de l'option est valable pour vous-même, en tant que salarié, et pour vos éventuels bénéficiaires.

Vous pouvez demander à changer de niveau de garanties (retour au régime de base Confort obligatoire ou adhésion au régime optionnel Premium) au **1^{er} janvier de chaque année**, sous réserve que votre **demande** nous parvienne **avant le 31 octobre** de l'année en cours.

À tout moment, en cas de **changement de situation de famille** (mariage, divorce, naissance d'un enfant...), vous pouvez opter pour un niveau de garanties supérieur (base Confort obligatoire + option Premium) ou inférieur (retour à la base Confort obligatoire). La date d'effet de cette modification est fixée au 1^{er} jour du mois qui suit la demande (sous réserve que la demande parvienne à WTW, dans les 3 mois qui suivent l'évènement).

Tout changement de régime à la baisse (passage du régime Premium au régime Confort) est définitif y compris en cas de changement de situation de famille.

Votre résumé de garanties à compter du 1^{er} janvier 2024

Vous bénéficiez d'un régime obligatoire appelé « Confort » et vous avez la possibilité d'améliorer vos remboursements en adhérent à l'option facultative appelée « Premium ».

Vous trouverez le lexique en fin de document.

Garanties en complément de la Sécurité sociale	Régime de base CONFORT	Régime optionnel PREMIUM
HOSPITALISATION y compris maternité		
Frais de séjour		
Etablissements conventionnés	TM + 100% BR	600% BR
Etablissements non conventionnés	TM + 100% BR	600% BR
Honoraires		
Secteur 1 ou adhérents DPTAM	TM + 120% BR	600% BR
Non adhérents DPTAM ou non conventionné	TM + 100% BR	TM + 100% BR
Forfait Patient Urgence (FPU)	100% FR	100% FR
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR
Chambre particulière (par jour) secteur conventionné y compris en ambulatoire	100% FR limité à 2% PMSS	100% FR limité à 4% PMSS
Frais d'accompagnant enfant de moins de 14 ans et/ou ascendant de plus de 70 ans (par jour)	100% FR limité à 1,5% PMSS	100% FR limité à 4% PMSS
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites généralistes - Secteur 1 ou adhérent DPTAM	100% TM	100% FR - SS
Consultations, visites généralistes - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	100% TM	100% TM
Consultations, visites spécialistes - Secteur 1 ou adhérent DPTAM	TM + 120% BR	100% FR - SS
Consultations, visites spécialistes - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	TM + 100% BR	TM + 100% BR
Actes de chirurgie / technique - Secteur 1 ou adhérent DPTAM	TM + 70% BR	600% BR
Actes de chirurgie / technique - non adhérent DPTAM ou non conventionné	TM + 50% BR	TM + 100% BR
Analyses & Examens de laboratoires		
Pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% FR - SS
Honoraires paramédicaux		
Pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% FR - SS
Dispositif "MonPsy"	100% TM	100% TM
Imagerie médicale		
Radiologie / Echographie – Secteur 1 ou adhérent DPTAM	TM + 50% BR	100% FR - SS
Radiologie / Echographie – Non adhérent DPTAM ou non conventionné	TM + 30% BR	TM + 100% BR
Médicaments		
Frais pharmaceutiques pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM
Frais pharmaceutiques prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	75 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire
Matériel médical (hors aides auditives)		
Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses pris en charge par la Sécurité sociale	TM + 100% BR	600% BR - SS

Garanties en complément de la Sécurité sociale	Régime de base CONFORT	Régime optionnel PREMIUM
AIDES AUDITIVES - Prise en charge d'une prothèse / oreille / période de 4 ans		
Equipements « 100 % santé » ⁽¹⁾ de classe I	100% PLV (y compris MR et autres complémentaires)	100% PLV (y compris MR et autres complémentaires)
Equipements hors 100% Santé de classe II	20% PMSS / oreille	540% BR (max. 1700 € / oreille y compris RSS)
Consommables et accessoires (piles, embouts ...) pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	540% BR

(1) tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe I 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	Régime de base CONFORT	Régime optionnel PREMIUM
DENTAIRE		
Soins et Prothèses dentaires « 100% Santé ⁽¹⁾ »	100% HLF (y compris MR et autres complémentaires)	
Soins hors « 100% Santé »		
Soins	TM + 50% BR	600% BR
Inlay Onlay à tarifs maîtrisés prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾	TM + 50% BR dans la limite de HLF- MR	600% BR dans la limite de HLF- MR
Inlay Onlay à tarifs libres prises en charge par la Sécurité sociale ⁽³⁾	TM + 50% BR	600% BR
Prothèses hors « 100% Santé » (ensemble des actes prothétiques inscrits à la CCAM)		
Limitation annuelle par bénéficiaire		90% PMSS / an / bénéficiaire (100% TM au-delà de la limite)
•Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾		
Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	TM + 150% BR dans la limite de HLF- MR	500% BR
Dents de fond de bouche (molaires)	TM + 120% BR dans la limite de HLF- MR	500% BR
Inlay-core	TM + 100% BR dans la limite de HLF- MR	500% BR
•Prothèses dentaires à tarifs libres prises en charge par la Sécurité sociale ⁽³⁾		
Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	TM + 150% BR	560% BR
Dents de fond de bouche (molaires)	TM + 120% BR	560% BR
Inlay-core	TM + 100% BR	500% BR
•Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale	7% PMSS	500% BRR
Orthodontie		
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	200% BR	600% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale (BR reconstituée sur une base d'un TO90)	250% BR	600% BR
Implantologie (hors couronne sur implant)	20% PMSS / an / bénéficiaire	20% PMSS / 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.

Garanties y compris Sécurité sociale	Régime de base CONFORT	Régime optionnel PREMIUM
OPTIQUE ⁽¹⁾		
Equipements « 100 % santé » - Monture & Verres de classe A ⁽²⁾ (y compris prestation d'appairage / prestation d'adaptation / supplément pour verres avec filtre)	100% PLV (y compris MR et autres complémentaires)	
Prestations et équipements « hors 100% Santé » - Monture & Verres de Classe B ⁽³⁾		
Monture	100 €	
Verres	cf. grille optique	cf. grille optique

(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 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.

(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 panachege, le montant de remboursement de l'équipement sur la classe A est déduit de la garantie de l'équipement sur la classe B.

Régime CONFORT	Type de verres	Niveau de défaut visuel	DANS LE RÉSEAU KALIXIA sur le catalogue de tous les verres des 10 verriers de marque sélectionnés par Kalixia	HORS RÉSEAU Kalixia garantie par verre y compris remboursement sécurité sociale
Verre UNIFOCAL Classe B	simple	Verre simple (Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2)	<div>O€</div> <div>de reste à charge sur tous les verres et traitements (1) SAUF photochromiques et polarisants</div>	80 €
	simple	Autre verre simple (Sphère de -6 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 / Sphère de -6 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 / Sphère de +4,25 à +6 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 6 / Sphère de 0 à +4 et cylindre de 2,25 à 6 et S+C ≤ 6)		100 €
	complexe	Verre complexe (Sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4 / Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 / Sphère de 0 à +8 et S+C > 6)		110 €
	complexe	Verre complexe (Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre)		190 €
Verre MULTIFOCAL Classe B	complexe	Verre complexe (Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2)		160 €
	complexe	Verre complexe (Sphère de -8 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 / Sphère de -8 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 / Sphère de +4,25 à +8 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 8 / Sphère de 0 à +5,75 et cylindre de 2,25 à 8 et S+C ≤ 8)		190 €
	Très complexe	VERRE TRÈS COMPLEXE (Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 / Sphère de 0 à +8 et S+C > 8)		230 €
	Très complexe	VERRE TRÈS COMPLEXE (Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre)		280 €
Régime PREMIUM	Type de verres	Niveau de défaut visuel	DANS LE RÉSEAU KALIXIA sur le catalogue de tous les verres des 10 verriers de marque sélectionnés par Kalixia	HORS RÉSEAU Kalixia garantie par verre y compris remboursement sécurité sociale
Verre UNIFOCAL Classe B	simple	Verre simple (Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2)	<div>O€</div> <div>de reste à charge sur tous les verres et traitements (1)</div>	150 €
	simple	Autre verre simple (Sphère de -6 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 / Sphère de -6 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 / Sphère de +4,25 à +6 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 6 / Sphère de 0 à +4 et cylindre de 2,25 à 6 et S+C ≤ 6)		160 €
	complexe	Verre complexe (Sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4 / Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 / Sphère de 0 à +8 et S+C > 6)		225 €
	complexe	Verre complexe (Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre)		225 €
Verre MULTIFOCAL Classe B	complexe	Verre complexe (Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2)		225 €
	complexe	Verre complexe (Sphère de -8 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 / Sphère de -8 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 / Sphère de +4,25 à +8 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 8 / Sphère de 0 à +5,75 et cylindre de 2,25 à 8 et S+C ≤ 8)		225 €
	Très complexe	VERRE TRÈS COMPLEXE (Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 / Sphère de 0 à +8 et S+C > 8)		260 €
	Très complexe	VERRE TRÈS COMPLEXE (Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre)		300 €

(1) Dans le réseau Kalixia, vous êtes remboursés à 100 % sur votre équipement optique auprès de l'ensemble des opticiens partenaires, quel que soit votre besoin visuel. L'offre Kalixia vous donne accès à l'ensemble des verres des 10 grands verriers référencés par Kalixia notamment : • Les verres unifocaux ou progressifs sur-mesure, offrant un champ de vision confortable dans la plupart des situations. • Les verres amincis pour une meilleure esthétique, quelle que soit votre correction. • Les verres bénéficiant de traitements haut de gamme, plus résistants aux rayures et sans reflets inesthétiques. À l'exception de : • Certains verres de fabrication très spécifique répondant à des situations particulières ; • L'individualisation sur des verres unifocaux qui est rare, les traitements photochromiques et polarisant

Garanties en complément de la Sécurité sociale		Régime de base CONFORT	Régime optionnel PREMIUM
OPTIQUE			
Lentilles correctrices			
Lentilles de contact prescrites prises en charge par la Sécurité sociale	3% PMSS / an / bénéficiaire (minimum 100% TM)	100% FR - SS	
Lentilles de contact prescrites non prises en charge par la Sécurité sociale y compris produits d'entretien		12% PMSS / an / bénéficiaire	
Autres prestations optique			
Chirurgie réfractive	22% PMSS / an / bénéficiaire	22% PMSS / an / bénéficiaire	

Garanties en complément de la Sécurité sociale	Régime de base CONFORT	Régime optionnel PREMIUM
AUTRES POSTES		
Transports		
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% FR - SS
Maternité		
Forfait maternité par enfant né viable (doublé en cas de naissance gémellaire) y compris en cas d'adoption versé sur présentation du livret de famille ou de l'acte de naissance	10% PMSS	30% PMSS
Cure thermique prise en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% FR - SS
Médecine douce ⁽¹⁾		
Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, tabacologue	100 € / an / bénéficiaire	120 € / an / bénéficiaire
Garantie Assistance Vie Quotidienne	Oui / numéro de téléphone : 09 79 99 03 03	
Actes de prévention (tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale)	100% TM	

(1) le praticien doit être inscrit à l'un des répertoire suivant encadrant son niveau de qualification : ADELI, RPPS, RNE.

Exemples de remboursement

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Reste à charge ⁽¹⁾	
		Régime de base CONFORT	Régime optionnel PREMIUM
Hospitalisation			
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés pour une opération chirurgicale de la cataracte ⁽²⁾	355,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres pour une opération chirurgicale de la cataracte ⁽³⁾	431,00 €	0,00 €	0,00 €
Soins courants			
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	0,00 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	0,00 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisé ⁽²⁾	44,00 €	0,00 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres ⁽³⁾	56,00 €	10,00 €	10,00 €
Aides auditives			
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% Santé)	1 100,00 €	0,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	502,80 €	0,00 €
Dentaire			
Détartrage	28,92 €	0,00 €	0,00 €
Couronne dentoportée céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% Santé)	500,00 €	0,00 €	0,00 €
Couronne dentoportée céramo-métallique sur 2ème prémolaires	538,70 €	238,70 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur molaires dentoportée	538,70 €	274,70 €	0,00 €
Optique			
Equipeement optique de classe A (monture & verres) de verres unifocaux Equipeement 100% Santé	125,00 €	0,00 €	0,00 €
Equipeement optique de classe B (monture & verres) de verres unifocaux	345,00 €	45,00 €	0,00 €

(1) somme restant à payer après remboursement de la Sécurité sociale et de votre complémentaire santé WTW hors participation forfaitaire de la Sécurité sociale.
(2) adhérent à un DPTAM (OPTAM ou OPTAM-CO).
(3) non adhérent à un DPTAM (OPTAM ou OPTAM-CO).

Vos cotisations à compter du 1^{er} janvier 2024

	Régime de base CONFORT	Régime optionnel PREMIUM	Régime de base CONFORT	Régime optionnel PREMIUM
	Régime général		Régime Alsace/Moselle	
Salarié	1,448% PMSS*	+1,199% PMSS	1,086% PMSS*	+1,030% PMSS
Conjoint	1,666% PMSS	+1,296% PMSS	1,249% PMSS	+1,112% PMSS
Enfant**	0,616% PMSS	+0,283% PMSS	0,463% PMSS	+0,056% PMSS

* La cotisation Confort pour le salarié est prélevée sur le bulletin de paie et pris en charge pour partie par votre employeur.

** Cotisation par enfant et exonération à partir du 3^{ème}.

Valeur 2024 du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) : 3 864€

Vos services online

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

Accédez à votre Espace Client







ME CONNECTER

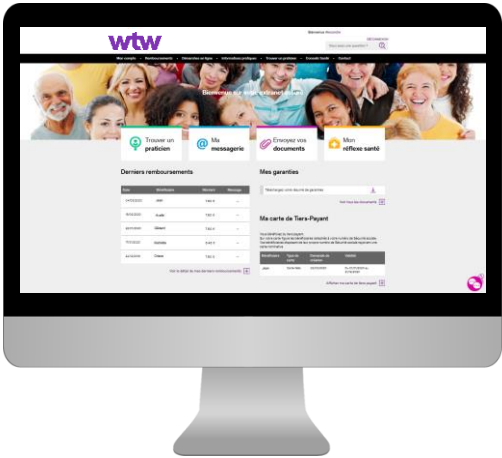
CREER UN COMPTE

**Vous avez reçu vos identifiants ou
vous avez oublié votre mot de passe**

**Vous souhaitez créer votre compte
& recevoir 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



**Téléchargez l'application 'Santé WTW' depuis l'App Store ou Google play
Ou flashez l'un des QR codes**



Vos identifiants sont les
mêmes sur l'extranet et
sur l'appli !



Vos services

Vous pouvez retrouver les services de votre assureur : action sociale, assistance, téléconsultation, deuxième avis médical sur le site dédié <http://univers.malakoffhumanis.com/Groupe-SOS.html>

L'action sociale

Si vous ou un de vos ayants-droits est confronté à une situation difficile avec des dépenses importantes liées à la santé ou au handicap, l'Action sociale peut intervenir en vous attribuant, sur dossier, une aide financière.

Exemples de domaines d'intervention :

- Aide exceptionnelle aux dépenses de santé
- Aide au congé de proche aidant
- CESU maternité, garde d'enfants

Pour obtenir plus d'informations, pour connaître les conditions d'éligibilité, déposer votre demande, contactez

le : **(+33) 0 805 500 058**

Service gratuit
+ prix appel



L'assistance

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

Votre Garantie Assistance vous accompagne dans ces moments particuliers 6j/7 de 8h à 20h.

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

(+33) 09 79 99 03 03

Service gratuit
+ prix appel

Lors de votre appel, le numéro de protocole ci-après vous sera demandé : 753735.

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.

(+33) 09 86 86 00 67

Service gratuit
+ prix appel



wtw

Bon à savoir

Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)

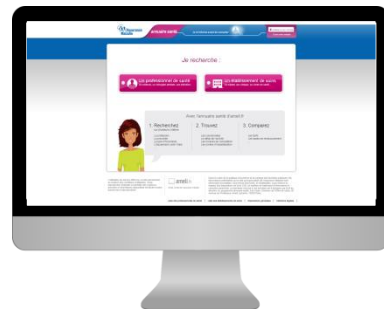
Qu'est ce que c'est ?

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 signés 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) citées ci-dessus.



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» !

Désormais, 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



Faites analyser vos devis par WTW : nous pourrons 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.

En savoir + sur le 100% Santé

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



Votre nouveau réseau de soins



Kalixia est un réseau de partenaires qualifiés dans le domaine de la santé pour vous garantir le juste prix sur vos frais les plus onéreux.

+ 14 000 professionnels de santé partenaires* : opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes, ostéopathes.

* A retrouver sur votre Espace assuré witiwi.fr en cliquant sur « trouver un praticien » ou sur votre appli « Santé WTW ».

Les remises

Optique		Audio	
Verres	Entre 24 % et 35 % d'économie	Aide auditive	200 € en moyenne sur un double équipement panier B
Monture	20 % de remise	Accessoires	Réduction de 25 % sur les accessoires de connectivité
Lentilles	30 % de remise		
Chirurgie réfractive	Jusqu'à -33% en fonction des actes		

Dentaire	
Inlay core	71 € d'économie en moyenne
Couronne sur implant	80 € d'économie en moyenne
Implant	200 € d'économie en moyenne
Orthodontie adulte	145 € d'économie en moyenne / semestre

Les garanties et services

Optique

- **Garantie casse verres et montures** : 1 fois tous les 2 ans
- **Garantie adaptation verres et lentilles** : 3 mois

Dentaire

- **Garantie prothèses** : 10 ans

Audio

- **Garantie appareillages auditifs** : 4 ans
- **Un essai minimum obligatoire** : 30 j

Géolocalisation des partenaires de santé

sur votre Espace assuré witiwi.fr en cliquant sur « trouver un praticien » ou sur votre appli « Santé WTW ».

En audio

- Un accès aux avantages du réseau pour les ascendants directs des assurés

En optique

- Cabine d'essayage virtuelle de montures 3D chez 80 % d'entre eux
- Possibilité de disposer d'équipement de protection adaptés à la vue chez 70 % des partenaires

Lexique

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 appliqué par les opticiens et audioprothésistes. Les montants ont été fixés par la Sécurité sociale.

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

MR : Montant Remboursé par la Sécurité sociale.

Nous contacter



Par internet : www.witiwi.fr

Par mail : sante.gestion@wtwco.com

Par courrier : Willis Towers Watson France (Ex Gras Savoye)
TSA 90 411 – 69 303 Lyon Cedex

Par téléphone : Du lundi au vendredi de 8h à 20h
sans interruption
03 66 33 98 87