

# Votre résumé de garanties

Frais de Santé ensemble du personnel



L'objet de cette brochure est de vous présenter les prestations santé couvertes par le contrat AXA souscrit par INTUIT au bénéfice de l'ensemble des salariés et les services associés auxquels vous avez droit ainsi que leurs conditions d'application.

## Les bénéficiaires

Le régime mis en place par INTUIT se compose d'un régime de base, responsable, et d'une surcomplémentaire non responsable.

Ce régime est dédié :

A titre obligatoire à :

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

A titre obligatoire également à :

- Votre **conjoint marié/ partenaire de PACS / concubin** tel que défini ci-contre.
- Vos **enfants à charge**, tels que définis ci-contre.



- Votre conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale. Est assimilé au conjoint en l'absence de celui-ci, le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS) ou, à défaut, le concubin non marié ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Sous réserve de nous transmettre, selon le cas :
  - une copie du Pacte civil de solidarité, ou,
  - un justificatif du domicile commun
- Vos enfants s'ils vivent au foyer, ou ceux de votre conjoint, de votre concubin ou ceux de votre partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) répondant à l'un des critères suivants :
  - Être à charge au sens de la Sécurité sociale et âgés de moins de 20 ans,
  - Être 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,
  - Être âgés de moins de 28 ans et être à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et avoir 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, percevoir une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 Juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

## Les cotisations mensuelles

		Part salariale
Isolé	Base responsable	33,17 €
	Surcomplémentaire non responsable	12,97 €
Famille	Base responsable	46,69 €
	Surcomplémentaire non responsable	18,41 €





Vous bénéficiez d'un socle responsable et d'une surcomplémentaire non responsable obligatoires.

Garanties y compris la Sécurité sociale	Base obligatoire responsable	Surcomplémentaire obligatoire non responsable (en complément des remboursements de la base)
<b>HOSPITALISATION (Y COMPRIS MATERNITE)</b>		
<b>Frais de séjour</b>		
Etablissement conventionné	100% FR - MR	-
Etablissement non conventionné	90% FR - MR limités à 500% BR	200% BR
<b>Honoraires</b>		
Secteur 1 ou adhérent DPTAM	570% BR - MR	200% BR
Non adhérent DPTAM ou non conventionné	200% BR - MR	200% BR
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	<b>100% du forfait</b>	
<b>Forfait actes lourds</b>	<b>100% du forfait</b>	
<b>Chambre particulière (par jour)</b> <i>Limité à 60 jours par an en séjour psychiatrique</i>	<b>125 €</b>	<b>30 €</b>
<b>Frais d'accompagnant (Enfant de moins de 16 ans)</b> <i>Limité à 30 jours par an</i>	<b>125 €</b>	<b>15 €</b>
<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations, visites généralistes - Médecin secteur 1 ou adhérent DPTAM	470% BR - MR	200% BR
Consultations, visites généralistes - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	200% BR - MR	200% BR
Consultations, visites spécialistes - Secteur 1 ou adhérent DPTAM	570% BR - MR	200% BR
Consultations, visites spécialistes - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	200% BR - MR	200% BR
Actes de chirurgie / technique - Secteur 1 ou adhérent DPTAM	570% BR - MR	200% BR
Actes de chirurgie / technique - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	200% BR - MR	200% BR
<b>Analyses &amp; Examens de laboratoires</b>		
Acte pris en charge par la Sécurité sociale	470% BR - MR	200% BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Actes pris en charge par la Sécurité sociale	470% BR - MR	200% BR
<b>Imagerie médicale</b>		
Actes d'imagerie, échographies et dopplers - Secteur 1 ou adhérent DPTAM	570% BR - MR	200% BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	200% BR - MR	200% BR
<b>Médicaments</b>		
Frais pharmaceutiques pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR - MR	-
Diététique non prise en charge par la Sécurité sociale et prescrite par un diététicien ou un médecin	60 € par an	20 € par an
Moyens contraceptifs féminins prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale (par année civile et par bénéficiaire)	70 € par an	40€ par an
<b>Matériel médical (hors aides auditives)</b>		
Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses pris en charge par la Sécurité sociale	470% BR - MR	200% 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 (Sécurité sociale + complémentaire santé)	
Equipements « hors 100% Santé » de classe II - adultes	1240 € - MR	200 €
Equipements « hors 100% Santé » de classe II - enfants	1700 € - MR	200 €
Consommables et accessoires (piles, embouts ...) pris en charge par la Sécurité sociale	470% BR - MR	200% BR

<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

Garanties y compris la Sécurité sociale	Base obligatoire responsable	Surcomplémentaire obligatoire non responsable (en complément des remboursements de la base)
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins et prothèses dentaires « 100 % santé » <sup>(1)</sup></b>	<b>100% PLV (Sécurité sociale + complémentaire santé)</b>	
<b>Soins hors « 100% Santé »</b>		
Soins, consultations, radiologie et parodontologie pris en charge par la Sécurité sociale	570% BR - MR	200% BR
<b>Prothèses hors « 100% Santé » (ensemble des actes prothétiques inscrits à la CCAM)</b>		
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés prises en charge par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup> <i>Dans la limite de 3 prothèses par an et par bénéficiaire</i>	450% BR - MR, Au-delà : prise en charge à 175% BR - MR	200% BR
Prothèses dentaires à tarifs libres prises en charge par la Sécurité sociale <sup>(3)</sup> <i>Dans la limite de 3 prothèses par an et par bénéficiaire</i>	450% BR - MR, Au-delà : prise en charge à 175% BR - MR	200% BR
Couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées non pris en charge par la Sécurité sociale <i>Dans la limite de 3 par an et par bénéficiaire</i>	550 €	100 €
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	570% BR - MR	200% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale - par semestre et dans la limite de 4 semestres consécutifs	888 €	317 €
<b>Implantologie - remboursement par implant (par an et par bénéficiaire)</b>		
	<b>Dans la limite de 3 implants</b>	
Pose de l'implant (phase opératoire)	1024,87€	242,55 €
Faux-moignon implantaire	306,13€	72,45 €
<b>Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par année civile et par bénéficiaire)</b>	<b>475 €</b>	<b>160 €</b>

(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. À compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les autres prothèses du panier dentaire.

(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 la Sécurité sociale	Base obligatoire responsable	Surcomplémentaire obligatoire non responsable (en complément des remboursements de la base)
<b>OPTIQUE <sup>(1)</sup></b>		
<b>Équipements « 100 % santé » - Monture &amp; Verres de classe A <sup>(2)</sup> (y compris prestation d'appariage / prestation d'adaptation / supplément pour verres avec filtre)</b>	<b>100% PLV (Sécurité sociale + complémentaire santé)</b>	
<b>Prestations et équipements « hors 100% Santé » - Monture &amp; Verres de Classe B <sup>(3)</sup></b>		
Équipement avec verres simples	420 € - MR	230 €
Équipement avec verres complexes	700 € - MR	360 €
Équipement avec verres très complexes	750 € - MR	390 €
Le remboursement de l'équipement comporte un remboursement maximum au titre de la monture de :	100 €	-
<b>Lentilles correctrices</b>		
Lentilles de contact prises en charge ou non par la Sécurité sociale y compris jetables - par an et par bénéficiaire	300 €	90 €
<b>Autres prestations optique</b>		
Chirurgie réfractive (forfait par œil et par année civile)	1 200 €	400 €

(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 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.

Garanties y compris la Sécurité sociale	Base obligatoire responsable	Surcomplémentaire obligatoire non responsable (en complément des remboursements de la base)
<b>AUTRES POSTES</b>		
<b>Transports</b>		
Transports pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR - MR	-
<b>Maternité</b>		
Forfait maternité par enfant y compris en cas d'adoption (doublé en cas de naissance ou adoption multiple)	950 €	320 €
<b>Cure Thermale (Frais médicaux, frais de séjour et frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale)</b>		
Honoraires d'un médecin non adhérent DPTAM plafonnés à TM+100%BR	792 €	320 €
<b>Médecine douce et frais préventifs (par bénéficiaire)</b>		
Sevrage tabagique prescrit par un médecin et non pris en charge par la Sécurité sociale	80 € par année civile	50€ par année civile
Connecteurs Bluetooth pour stylos à insuline ou pour glucomètre, prescrit par un médecin	100 € par année civile	-
Vaccin prescrits par un médecin et non pris en charge par la Sécurité sociale	380 € par année civile	190 € par année civile
Vaccin antigrippe prescrit par un médecin et non pris en charge pas la Sécurité sociale	30 € par an	-
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale	50 € par an	-
Médecine douce (ostéopathie, chiropraxie, pédicure-podologie, acupuncture, diététique, psychologie, psychomotricité, tabacologie) réalisée par un praticien disposant d'un numéro ADELI, RPPS ou FINESS	85 € par séance, dans la limite de 3 séances par an	20 € par séance, dans la limite de 3 séances par an
Séance d'activité physique sur prescription médicale (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'art. D1172-2 du Code de la Santé publique)	200€ par année civile	-
Consultation chez un diététicien prescrite par un médecin, dans la limite d'une prise en charge durant la vie du contrat pour enfant de moins de 12 ans	1,25% PMSS	-
<b>Tout acte de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale</b>	<b>inclus</b>	
Test dépistage virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (test HPV) non pris en charge par la Sécurité Sociale, dans la limite d'une prise en charge tous les 3 ans	470% BR	-
<b>Garantie Assistance</b> Vie Quotidienne	<b>AXA Assistance - Formule Confort</b>	
<b>Actes de prévention</b> (tout acte de prévention prévu à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale)	<b>100% BR - MR</b>	



	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Reste à charge (1)	
		Base obligatoire responsable	Surcomplémentaire obligatoire non responsable (en complément des remboursements de la base)
<b>Hospitalisation</b>			
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés <sup>2</sup> pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres <sup>3</sup> pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres <sup>3</sup> en clinique pour une opération chirurgicale de pontage de l'aorte thoracique	2 500 €	0,00 €	0,00 €
<b>Soins courants</b>			
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 €	1,00 €*	1,00 €*
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30 €	1,00 €*	1,00 €*
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés <sup>(2)</sup>	44 €	1,00 €*	1,00 €*
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres <sup>(3)</sup>	56 €	11,00 €*	1,00 €*
Consultation d'un médecin spécialiste en ophtalmologie avec dépassement d'honoraires libres <sup>(3)</sup>	95 €	46,00 €*	1,00 €*
<b>Aide auditive</b>			
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% Santé)	1 100 €	0,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II par oreille (à compter de 2021)	1 476 €	0,00 €	0,00 €
<b>Dentaire</b>			
Détartrage	28,92 €	0,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% Santé)	500,00 €	0,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70 €	33,45 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	33,45 €	0,00 €
<b>Optique</b>			
Équipement optique de classe A (monture & verres) de verres unifocaux Equipement 100% Santé	250 €	0,00 €	0,00 €
Équipement optique de classe B (monture & verres) de verres unifocaux	345 €	0,00 €	0,00 €

\* Retenue forfaitaire Sécurité Sociale de 1€ par consultation

(1) Somme restant à payer après remboursement de la Sécurité sociale et de votre complémentaire santé Gras Savoye

(2) adhérent à un DPTAM (OPTAM ou OPTAM-CO)

(3) non adhérent à un DPTAM (OPTAM ou OPTAM-CO)



## 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 »



## L'assistance AXA niveau Confort

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 :

**(+33) 01 72 59 51 60**

Service gratuit  
+ prix appel

Lors de votre appel, le numéro de protocole ci-après vous sera demandé : 72 04 543

## 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

**01 55 92 27 54**

Service gratuit  
+ prix appel



[www.bonjourdocteur.com](http://www.bonjourdocteur.com)

Consultation en audio, visio ou chat







## 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.

**MR : Montant Remboursé** par la Sécurité sociale

**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)** : la Sécurité sociale a proposé aux médecins pratiquant des dépassements d'honoraires une convention leur permettant de facturer librement dans le cadre d'une enveloppe de dépassements annualisée. 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/>. Le DPTAM rassemble les médecins signataires à l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou l'OPTAM-CO (Option réservée aux chirurgiens et obstétriciens).

**Prix Limite de Vente (PLV)** : prix maximum devant être appliqués par les chirurgiens-dentistes, audioprothésistes et opticiens (aussi appelés Honoraires Limites de Facturation – HLF en dentaire). Les montants ont été fixés par la Sécurité sociale et entrent en vigueur de manière progressive entre le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

**Réforme 100% santé** : désormais chez votre professionnel de santé (chirurgien-dentiste, audioprothésiste, opticien), vous avez le choix entre différents types d'équipements regroupés en 3 paniers :

-  Le panier 100% Santé regroupe des équipements essentiels pour lesquels vous êtes remboursés à 100%
-  Le panier maîtrisé, uniquement proposé en dentaire, regroupe des prestations avec un reste à charge modéré (selon vos garanties)
-  Le panier libre regroupe les prestations qui ne rentrent pas dans les paniers 100% Santé et maîtrisés et ne sont pas soumises à des Prix Limites de Vente. Le reste à charge peut être plus conséquent (selon vos garanties).

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

## Nous contacter



**04 57 36 30 00**

Service gratuit  
+ prix appel

Du lundi au vendredi  
de 8h à 20h



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



[gestion.sante.r2a@grassvaoye.com](mailto:gestion.sante.r2a@grassvaoye.com)



**Appli Santé Gras Savoye**



**Gras Savoye R2A Santé**  
**TSA 40 118**  
**69 303 Lyon Cedex 07**