

GUIDE SANTÉ & PRÉVOYANCE À PARTIR DU 1^{ER} MARS 2026



wtw

Kingfisher

castorama
changer nous fait avancer

SOMMAIRE



Les Frais de Santé p.4

- L'essentiel sur votre couverture santé p.5 à 9
- Bon à savoir p.11 à 12
- Vos garanties p.13 à 21
- Vos services p.22 à 25
- Les maintiens de la garantie p.26

La Prévoyance p.27

- L'essentiel sur votre couverture prévoyance p.28
- Les garanties p.29 à 31
- Les maintiens de la garantie p.32

L'action sociale p.33

1. Usage de ce livrable

Ce document a été préparé pour que vous l'utilisiez dans le cadre de **vos contrats d'assurance en Santé & prévoyance** et selon les termes de notre engagement avec vous. Il ne convient pas à une utilisation dans un autre contexte ou à toutes autres fins et nous n'assumons pas la responsabilité d'une telle utilisation.

2. Distribution et utilisation

Ce document a été préparé pour votre usage unique et exclusif sur la base convenue avec vous. Il n'a pas été préparé pour être utilisé par des tierces parties et ne peut répondre à leurs besoins, préoccupations ou objectifs. Tout élément, conseil ou opinion dans ce document ne doivent pas être divulgués ou distribués à un tiers, sauf accord écrit. Nous n'assumons aucune responsabilité et n'acceptons aucun devoir de diligence ou de responsabilité à l'égard de toute tierce partie qui pourrait obtenir une copie de ce document et toute confiance placée par ce tiers dans ce document est à ses propres risques.

Les Frais de Santé





L'essentiel sur votre couverture santé

OBJET : Les régimes obligatoires et facultatifs ont pour objet de garantir le **remboursement de vos dépenses de soins médicaux ou chirurgicaux**. Les prestations viennent en complément des prestations versées par la Sécurité Sociale, dans la limite des frais engagés.

LES REGIMES :

Ils se composent :

- D'un régime de base dit « responsable » à adhésion obligatoire dont la cotisation est prise en charge à 70% par votre employeur et les 30% restant à votre charge.
- Et d'un régime surcomplémentaire facultatif dit « non responsable » apportant des garanties renforcées sur certains postes coûteux ou plafonnés dont la cotisation est entièrement à la charge du salarié.

Qu'est-ce qu'un contrat responsable ?

La complémentaire santé de votre entreprise doit s'inscrire dans un ensemble de règles « responsables » pour bénéficier d'avantages sociaux et fiscaux.

Le contrat responsable a été mis en place pour :

- Inciter les assurés à suivre le parcours de soins coordonnés,
- Leur offrir la meilleure couverture des dépenses possible,
- Limiter les dépenses inutiles.

Depuis le 1er janvier 2016, de nouvelles obligations ont modifié vos garanties :

- Encadrement des dépassements d'honoraires des médecins adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM),
- Remboursement différencié entre les médecins adhérents au DPTAM et les non adhérents (montant plafonné pour les non adhérent).
- Plafonnement des dépenses d'optique (par exemple : remboursement maximal de 100€ pour une monture),
- Limitation du nombre de paires de lunettes, (tous les 2 ans pour les plus de 16 ans et tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans)

Les bénéficiaires des régimes frais de santé

Inclus dans la cotisation « salarié »

À titre obligatoire :

- Vous-même, **salarié de l'entreprise**.

À titre facultatif :

- Vos **enfants à charge**, et/ou ceux de votre conjoint/ PACSé /concubin :
 - âgés de moins de 20 ans et affiliés à la Sécurité sociale ;
 - âgés de moins de 28 ans s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale et s'ils remplissent une des conditions suivantes :
 - Ils effectuent un service civique en France et sont déjà bénéficiaires de ce contrat,
 - poursuivent leurs études (sur présentation d'un certificat de scolarité) et ne disposent pas de ressources propres supérieures à 70 % du SMIC provenant d'une activité salariée sauf emploi saisonnier ou occasionnel durant leurs études ;
 - poursuivent une formation en alternance dont la rémunération est inférieure à 70 % du SMIC
 - inscrits à Pôle Emploi en tant que primo-demandeurs d'emploi.

Ces enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils atteignent leur 20ème anniversaire ou jusqu'à la fin du mois au cours duquel ils atteignent leur 28ème anniversaire

- Quel que soit leur âge s'ils sont atteints d'un handicap et si, avant leur 21ème anniversaire, ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile et bénéficiaires de l'allocation spéciale des adultes handicapés,
- Vos ascendants et/ou ceux de votre conjoint/ PACSé/ concubin, vivant à votre domicile et ne percevant aucun revenu propre tel que défini dans le cadre de l'imposition sur le revenu.



Sous réserve de règlement d'une cotisation supplémentaire et à titre facultatif :

- Votre **conjoint** non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale
- À défaut, votre **partenaire lié par un Pacte civil de solidarité**,
- À défaut, votre **concubin** vivant sous votre toit et qui ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.



Bon à savoir

Modification de vos données personnelles

Changement d'adresse

Si vous restez dans votre département d'origine

Modifiez votre adresse en vous connectant sur **votre Espace Client sur <https://www.witiwi.fr> ou l'appli mobile** rubrique 'mon compte'
ou adressez-nous un mail.

Si vous changez de département, vous changez de CPAM

N'oubliez pas de nous joindre la copie de **votre nouvelle attestation Vitale** (téléchargeable sur www.ameli.fr)

Nouvelles coordonnées bancaires

Modifiez votre IBAN directement sur votre Espace Client <https://witiwi.fr> ou appli mobile
ou adressez votre nouvel IBAN par mail

Information sur vos ayants droit

Vos enfants de plus de 20 ans sont apprentis ou étudiants

Chaque année, nous vous adressons une campagne par mail

Avant le 31 octobre de chaque année, **adressez-nous le certificat d'apprentissage ou de scolarité** soit sur votre Espace Client ou sur l'appli mobile

Ou adresser le certificat par mail.

Affilier un nouvel ayant droit

Compléter le bulletin d'adhésion disponible auprès du relai Ressources Humaines de votre établissement.

Transmettez le justificatif correspondant à la situation : certificat de naissance, acte de mariage, attestation de Pacse/ concubinage ..

Le Régime Obligatoire

COMMENT ADHERER ?

- ✓ Compléter le bulletin d'adhésion remis par le relai Ressources Humaines de votre établissement.
- ✓ Remettre à celui-ci le bulletin complété et **signé, avec les pièces justificatives demandées dans les 15 jours de votre embauche**
- ✓ **Nous vous recommandons de respecter ce délai pour que votre adhésion soit prise en compte dès le 1^{er} mois de votre embauche et que vous puissiez recevoir votre carte de tiers payant dans les meilleurs délais.**

ADHESION FACULTATIVE DE VOTRE CONJOINT :

L'extension des garanties à votre conjoint est possible dès votre arrivée dans la société ou à tout moment ultérieurement.

- Compléter le bulletin d'adhésion disponible auprès du relai Ressources Humaines de votre établissement.
- La demande doit être reçue avant le 10 du mois pour pouvoir prendre effet au 1^{er} jour du mois en cours.
- Si la demande est reçue après le 10 du mois, la date d'effet sera le 1^{er} jour du mois qui suit.

LES COTISATIONS :

- ✓ **La cotisation au régime de base** se compose d'un montant fixe et d'une part proportionnelle du salaire mensuel de base. **Elle comprend également l'adhésion éventuelle de ses enfants et/ou de ses ascendants** (définis page 4),
- ✓ L'adhésion du conjoint fait l'objet **d'une cotisation forfaitaire complémentaire à la charge du collaborateur**
- ✓ Les cotisations sont prélevées chaque mois sur le bulletin de paye. Pour en connaître le montant, rapprochez-vous de votre relai Ressources Humaines.

FIN D'ADHESION :

- Pour vous la garantie prend **fin le dernier jour du mois de la rupture du contrat de travail chez votre employeur.**
- Pour les enfants de plus de 20 ans, au 31/12 de l'année en cours si aucun justificatif n'est envoyé à WTW.
- Pour votre conjoint, la résiliation est possible **après une durée minimum de 12 mois**, sous réserve d'en informer votre relai Ressources Humaines par mail ou par courrier. **Toute résiliation est définitive**

Le Régime Surcomplémentaire

Le régime surcomplémentaire facultatif permet de renforcer les remboursements sur les postes **hospitalisation, soins courants, dentaire et optique** (en gras dans les grilles de garanties).

COMMENT ADHERER AU REGIME SURCOMPLEMENTAIRE ?

- ✓ L'adhésion est possible à tout moment.
- ✓ Compléter le bulletin d'adhésion disponible auprès du relai Ressources Humaines de votre établissement.
- ✓ La demande doit être reçue chez votre relai RH avant le 10 du mois pour pouvoir prendre effet au 1er jour du mois en cours.
- ✓ Si la demande est reçue chez votre relai RH après le 10 du mois, la date d'effet sera le 1er jour du mois qui suit.

L'adhésion à la surcomplémentaire vaut pour l'ensemble de vos bénéficiaires (conjoint, enfant et/ou ascendant)

LES COTISATIONS DU REGIME SURCOMPLEMENTAIRE :

- ✓ La cotisation au régime surcomplémentaire est **entièrement à la charge du collaborateur**.
- ✓ Le montant de la cotisation de la surcomplémentaire varie en fonction de l'adhésion ou non du conjoint.
- ✓ Les cotisations sont prélevées chaque mois sur le bulletin de paye. Pour en connaître le montant, rapprochez-vous de votre relai Ressources Humaines.

FIN D'ADHESION AU REGIME SURCOMPLEMENTAIRE :

- À tout moment et sans préavis pour les motifs suivants, sous réserve de compléter un bulletin d'adhésion modificatif disponible auprès de votre relai Ressources Humaines et de joindre une pièce justificative :
 - Changement de situation familiale (mariage, pacs, concubinage, divorce, naissance d'un enfant, décès d'un ayant droit).
 - Invalidité de 2ème ou 3ème catégorie.
 - Majoration de cotisation de plus de 20% au 1er janvier de l'année.
- **Après une durée minimum de 12 mois**, sous réserve d'en informer votre relai Ressources Humaines et par mail ou par courrier.

La résiliation à la surcomplémentaire vaut pour l'ensemble de vos bénéficiaires (conjoint, enfant et/ou ascendant)

Après toute radiation, un délai de 2 ans devra être respecté pour une éventuelle ré affiliation, sauf en cas de changement de situation de famille (mariage, PACS, naissance, divorce, veuvage, rupture de PACS, rupture de concubinage).

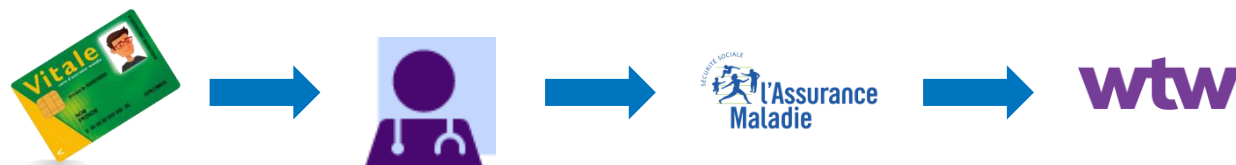
Bon à savoir

La télétransmission NOEMIE

La télétransmission : à quoi ça sert ?

La télétransmission permet la **transmission directe** de vos décomptes émis par la Sécurité sociale vers **WTW**. Cela vous permet d'être remboursé **automatiquement** sans avoir à nous adresser vos décomptes.

Comment ça marche ?



Après remboursement par la Sécurité sociale les informations sont **automatiquement communiquées** à **WTW** qui procède au remboursement complémentaire.

Comment en bénéficier ?

Transmettez-nous simplement la **copie de votre attestation de carte Vitale** et nous ferons automatiquement une demande de liaison auprès de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Comment vérifier que ma télétransmission est bien mise en place ?

C'est très simple il vous suffit de vérifier que le message suivant apparaît sur votre décompte Sécurité sociale :



« Ces informations ont été directement transmises à WTW »

En cas de déménagement, si vous changez de CPAM, pensez à nous envoyer votre nouvelle attestation !

100% Santé = 100% remboursé

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

C'est possible depuis 2020 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 :



Le panier 100% Santé regroupe des soins essentiels pour lesquels vous serez remboursé 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**. Il n'est ni soumis à des Prix Limites de Vente ni à des Honoraires Limites de Facturation. Le montant restant à votre charge pourrait être plus conséquent (selon vos garanties).

(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.

Les bonnes pratiques 100% Santé

Faites analyser vos devis par WTW : nous pourrons vous assurer de bénéficier d'une offre 100% Santé.

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

En savoir + sur le 100% Santé ...

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

Bon à savoir

Le tiers payant

Ce service vous dispense de faire l'avance de frais dans le respect du parcours de soins.

Présentez votre carte de tiers payant aux professionnels de santé.


Le professionnel de santé **est directement remboursé du montant prévu par les garanties de votre complémentaire santé.**

Votre carte de tiers payant est disponible en ligne sur votre espace assuré www.witiwi.fr ou depuis l'accueil de votre appli mobile « **Santé WTW** ». Vous pouvez dorénavant y accéder hors ligne depuis l'application et l'avoir toujours à portée de main.

Les justificatifs à transmettre

Tout dépassement d'honoraires (au-delà de la Base de Remboursement Sécurité sociale) important **peut faire l'objet d'une demande de justificatifs.**

Pour une demande de remboursement d'une prestation non prise en charge par la Sécurité sociale (hors nomenclature) supérieure à 100 €, **une facture originale est nécessaire.**

TYPE D'ACTE	JUSTIFICATIF	À envoyer
Hospitalisation	La note dûment acquittée des frais engagés ou la facture de l'établissement hospitalier	<ul style="list-style-type: none">Via votre Espace client sur le site www.witiwi.frOu l'appli mobile
Dentaire	La facture acquittée ou la note d'honoraires du praticien détaillant les actes et la codification (élément par élément) des prothèses réalisées	
Équipement Optique	La note dûment acquittée de l'opticien ventilant les frais de verres, de montures ou de lentilles + une copie de la prescription médicale	 <ul style="list-style-type: none">Ou par mail serviceclient@wtwco.comOu par courrier : Willis Towers Watson France TSA 84 256 – 77 283 Avon Cedex
Cure thermale	Acceptée par la Sécurité sociale. La facture acquittée de l'établissement de cure + les justificatifs de transports / hébergement	
Maternité, Adoption	Un extrait d'acte de naissance + la facture des frais restés à votre charge ou le jugement d'adoption plénière + le justificatif des frais engagés	
Autres actes non remboursés par la Sécurité Sociale*	La facture des frais engagés	

* Kératochirurgie, implants dentaires hors réseau, médecine douce (exemple : ostéopathie, acupuncture), prothèses auditives, etc.

Vos garanties Hospitalisation au 01/03/2026

Cette grille de garanties frais de santé pour l'Ensemble du Personnel des sociétés **CASTORAMA France et des filiales KINGFISHER** a pour objectif de vous présenter les prestations santé auxquelles vous avez droit. Vous bénéficiez d'un socle obligatoire et d'une surcomplémentaire facultative.

Garanties en complément de la Sécurité sociale	REGIME de BASE Responsable et Obligatoire	SURCOMPLEMENTAIRE non responsable facultative (Y compris régime de base)
HOSPITALISATION		
Frais de séjour		
Etablissement conventionné	100 % FR – RSS	100 % FR – RSS
Etablissement non conventionné	100 % FR – RSS	100 % FR – RSS
Honoraires		
Secteur 1 ou adhérent DPTAM ⁽¹⁾	100 % FR – RSS	100 % FR – RSS
Non adhérent DPTAM ou non conventionné ⁽²⁾	TM + 100% BR	100 % FR – RSS
Forfait Patient Urgence (FPU)	100% FR	100% FR
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR
Chambre particulière (par jour)	5% PMSS	5% PMSS
Chambre particulière Soins de Suite et de Réadaptation ou en psychiatrie (par jour) max 30 jours	5% PMSS	5% PMSS
Frais ou Lit d'accompagnant Enfant de moins de 12 ans (par jour)	2% PMSS	2% PMSS

- (1) Médecin du secteur 1 ou, du secteur 2 avec dépassement d'honoraire maîtrisé.
 (2) Médecin du secteur 2 avec dépassement d'honoraire libre."

Exemples de maximum remboursement

Honoraires d'un chirurgien pour une opération chirurgicale de la cataracte	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement SS (BR)	Maximum de Remboursement ⁽¹⁾	
			Régime de BASE	Régime de BASE & Surcomplémentaire
Honoraires du chirurgien adhérent DPTAM	434,00 €	271,70 €	Frais réels	Frais réels
Honoraires du chirurgien Secteur 2 non adhérent DPTAM	473,00 €	271,70 €	543,40 €	Frais réels

(1) Maximum de remboursement comprenant les remboursements de la Sécurité sociale et ceux du régime choisi.

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) citées ci-dessus.



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

Vos garanties soins courants au 01/03/2026

Les garanties **en gras** dans la grille de garanties SURCOMPLEMENTAIRE non responsable (y compris le régime de base) sont supérieures à celles du régime de base.

Garanties en complément de la Sécurité sociale	REGIME de BASE Responsable et Obligatoire	SURCOMPLEMENTAIRE non responsable facultative (Y compris régime de base)
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites généralistes - Médecin secteur 1 ou adhérent DPTAM ⁽¹⁾	TM + 40 % BR	TM + 170 % BR
Consultations, visite généralistes - Non adhérent DPTAM ou non conventionné ⁽²⁾	TM + 20 % BR	TM + 170 % BR
Consultations, visites spécialistes - Secteur 1 ou adhérent DPTAM ⁽¹⁾	TM + 120 % BR	TM + 170 % BR
Consultations, visites spécialistes - Non adhérent DPTAM ou non conventionné ⁽²⁾	TM + 100 % BR	TM + 170 % BR
Actes de chirurgie / technique - Secteur 1 ou adhérent DPTAM ⁽¹⁾	TM	TM + 170 % BR
Actes de chirurgie / technique - Non adhérent DPTAM ou non conventionné ⁽²⁾	TM	TM + 170 % BR
Analyses & Examens de laboratoires		
Actes pris en charge par la Sécurité sociale	TM	TM + 160% BR
Honoraires paramédicaux		
Actes pris en charge par la Sécurité sociale	TM	TM + 160% BR
Dispositif « Mon Soutien Psy » ⁽³⁾	TM	TM
Imagerie médicale		
Radiologie / Echographie - Secteur 1 ou adhérent DPTAM	TM	TM + 170 % BR
Radiologie / Echographie - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	TM	TM + 170 % BR
Médicaments		
Frais pharmaceutiques pris en charge par la Sécurité sociale	TM	TM
Médicaments homéopathiques prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	60 € / an	60 € / an
Matériel médical (hors aides auditives) « 100% Santé » ⁽⁴⁾	100% PLV - RSS	100% PLV - RSS
Matériel médical (hors aides auditives) hors « 100% Santé »		
Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses pris en charge par la Sécurité sociale	TM + 95% BR	TM + 95% BR

(1) Médecin du secteur 1 ou, du secteur 2 avec dépassement d'honoraire maîtrisé.

(2) Médecin du secteur 2 avec dépassement d'honoraire libre.

(3) Dispositif *Mon Soutien Psy*, permet de bénéficier de séances d'accompagnement psychologique (nombre de séances limité) prises en charge par la Sécurité sociale et la Complémentaire santé dès l'âge de 3 ans.

(4) Tels que définis réglementairement, sous réserve de prise en charge par la Sécurité sociale au titre du "100% santé" du matériel.

Exemples de maximum remboursement

Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie conventionné	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement SS (BR)	Maximum de Remboursement (1)	
			Régime de BASE	Régime de BASE & Surcomplémentaire
Honoraires médecins secteur 1 ou secteur 2 adhérents DPTAM	31,50 à 54 €	31,50 €	69,30 €	88,90 €
Honoraires médecins Secteur 2 non adhérents DPTAM	67,00 €	23,00 €	46,00 €	71,90 €

(1) Maximum de remboursement comprenant les remboursements de la Sécurité sociale et ceux du régime choisi (hors franchise médicale).

Vos garanties dentaires au 01/03/2026

Les garanties **en gras** dans la grille de garanties SURCOMPLEMENTAIRE non responsable (y compris le régime de base) sont supérieures à celles du régime de base.

Garanties en complément de la Sécurité sociale	REGIME de BASE Responsable et Obligatoire	SURCOMPLEMENTAIRE non responsable facultative (Y compris régime de base)
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires « 100% Santé » ⁽¹⁾	100% HLF - RSS	100% HLF - RSS
Soins hors « 100% Santé »		
Soins	TM + 110% BR	TM + 110% BR
Inlay Onlay à tarifs maîtrisés prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾	TM + 110% BR	TM + 110% BR
Inlay Onlay à tarifs libres prises en charge par la Sécurité sociale ⁽³⁾	TM + 110% BR	TM + 110% BR
Prothèses hors « 100% Santé » (ensemble des actes prothétiques inscrits à la CCAM)		
Limitation annuelle par bénéficiaire ⁽⁴⁾	Néant	80% PMSS
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾	TM + 280% BR	TM + 410% BR
Prothèses dentaires à tarifs libres prises en charge par la Sécurité sociale ⁽³⁾	TM + 140% BR	TM + 410% BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale	250 € /prothèse	473 € /prothèse
Orthodontie		
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	TM + 200% BR	TM + 200% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale, Implantologie et Parodontologie	Néant	900€ /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. 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.

(4) Au-delà de la limitation, la garantie est plafonnée à la hauteur de TM + 25% BR.

Exemples de maximum remboursement

Dentaire	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement SS (BR)	Maximum de Remboursement (1)	
			Régime de BASE	Régime de BASE & Surcomplémentaire
Couronne sur 2ème prémolaires « 100 % santé » (Céramique monolithique hors zircon) 	440,00 €	120,00 €	Frais réels	Frais réels
Couronne sur 2ème prémolaires panier "Maîtrisé" (céramo-métallique)	550,00 €	120,00 €	456,00 €	612,00 €
Couronnes sur 2ème prémolaires panier "libre" (céramo-céramique)	950,00 €	120,00 €	408,00 €	612,00 €

(1) Maximum de remboursement comprenant les remboursements de la Sécurité sociale et ceux du régime choisi.



Le 100% Santé en dentaire



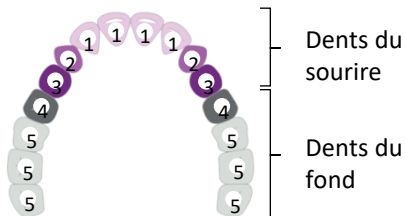
100% Santé = 100% remboursé

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) :



Dents du sourire

Dents du fond

- ① Incisives
- ② Canines
- ③ 1^{ères} prémolaires
- ④ 2^{èmes} prémolaires
- ⑤ Molaire

- Panier 100% Santé
- Panier maîtrisé
- Panier libre

	Incisives Canines	1 ^{ères} prémolaires	2 ^{èmes} prémolaires	Molaires
Métallique	290 €			
Céramique Monolithique Zircone	440 €			440 €
Céramique Monolithique hors zircone	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.

Vos garanties audiologie au 01/03/2026

Garanties en complément de la Sécurité sociale	REGIME de BASE Responsable et Obligatoire	SURCOMPLEMENTAIRE E non responsable facultative (Y compris régime de base)
AIDES AUDITIVES - Prise en charge d'une prothèse / oreille / période de 4 ans		
Equipements « 100% Santé »⁽¹⁾ de classe I	100% PLV - RSS	100% PLV - RSS
Equipements « hors 100% Santé » de classe II		
Adulte (bénéficiaire de 21 ans ou plus)	TM + 95% BR	TM + 95% BR
Enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans)	TM + 95% BR	TM + 95% BR
Consommables et accessoires (piles, embouts ...) pris en charge par la Sécurité sociale	TM	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."

Exemples de maximum remboursement

Aide auditive	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement SS (BR)	Maximum de Remboursement (1)	
			Régime de BASE	Régime de BASE & Surcomplémentaire
Aide auditive « 100 % santé » de classe I par oreille 	950,00 €	400,00 €	Frais réels	Frais réels
Aide auditive hors 100% santé de classe II par oreille	1 582,00 €	400,00 €	780,00 €	780,00 €

(1) Maximum de remboursement comprenant les remboursements de la Sécurité sociale et ceux du régime choisi.

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.

Vos garanties optiques au 01/03/2026

Garanties y compris la Sécurité sociale	REGIME de BASE Responsable et Obligatoire	SURCOMPLEMENTAIRE non responsable facultative (Y compris régime de base)
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	100% PLV
Prestations et équipements « hors 100% Santé » - Monture & Verres de Classe B (3)		
Monture dans le réseau ITELIS	100 €	Adulte (4) = 180 € Enfant (5) = 150 €
Monture hors réseau ITELIS	90 €	Adulte (4) = 150 € Enfant (5) = 130 €
Verre	voir grille Optique	voir grille Optique
Prestations diverses (appairage, adaptation, ...)	100% BR	100% BR
Lentilles correctrices		
Lentilles de contact prises en charge par la Sécurité sociale	6 % PMSS	8 % PMSS
Lentilles de contact non prises en charge par la Sécurité sociale y compris jetables	6 % PMSS /an /bénéficiaire	8 % PMSS /an /bénéficiaire
Autres prestations optiques		
Chirurgie réfractive	100€ /œil	200€ /œil

(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 de l'équipement possible pour raisons médicales ou en cas d'évolution importante de la vue (uniquement renouvellement des verres pour les - 16 ans).
- 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) Il est possible de combiner un équipement de class A et un équipement de classe B (par exemple une monture de classe B avec des verres de classe A)

Exemples de maximum remboursement

Optique	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement SS (BR)	Maximum de Remboursement (1)	
			Régime de BASE	Régime de BASE & Surcomplémentaire
Lunettes composées de 2 verres simples ⁽²⁾ et une monture « 100 % santé » 	42,50€ (par verre) + 30€ (monture) = 115€	63,00 €	Frais réels	Frais réels
Lunettes composées de 2 verres progressifs ⁽³⁾ et une monture « 100 % santé » 	90€ (par verre) + 30€ (monture) = 210€	34,50 €	Frais réels	Frais réels
Lunettes composées de 2 verres simples ⁽²⁾ et une monture dans le réseau ITELIS 	75€ (par verre) + 100€ (monture) = 250€	0,15 €	100 € pour la monture et Frais réels pour les verres	180 € pour la monture et Frais réels pour les verres
Lunettes composées de 2 verres progressifs ⁽³⁾ et une monture dans le réseau ITELIS 	170€ (par verre) + 100€ (monture) = 340€	0,15 €	100 € pour la monture et Frais réels pour les verres	180 € pour la monture et Frais réels pour les verres
Lunettes composées de 2 verres simples ⁽²⁾ et une monture hors réseau	107€ (par verre) + 146€ (monture) = 360€	0,15 €	190,00 €	390,00 €
Lunettes composées de 2 verres progressifs ⁽³⁾ et une monture hors réseau	243€ (par verre) + 146€ (monture) = 632€	0,15 €	260,00 €	586,00 €

(1) Maximum de remboursement comprenant les remboursements de la Sécurité sociale et ceux du régime choisi.

(2) Lunettes pour adulte avec 2 verres unifocaux de sphère = -3 et de cylindre = 2.

(3) Lunettes pour adulte avec 2 verres progressifs de sphère = +2 et de cylindre = 2.

Votre grille optique au 01/03/2026

itelis

Dans le réseau ITELIS		
Correction	REGIMES de BASE & SURCOMPLEMENTAIRE	
Niveau de correction	Caractéristiques des verres Unifocaux et Multifocaux organiques de marques exclusivement	Verre UNIFOCAL ou MULTI FOCAL
Faible	<p>Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti-lumière bleue nocive et anti UV Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture</p> <p>Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti-lumière bleue nocive et anti UV Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture</p> <p>Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti-lumière bleue nocive et anti UV Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture</p>	<p>Prise en charge intégrale</p>
Modéré		
Moyen		
Elevé		
Très élevé		

Hors réseau ITELIS				
Correction	REGIME de BASE Responsable et Obligatoire		SURCOMPLEMENTAIRE non responsable facultative (Y compris régime de base)	
	Verre UNIFOCAL	Verre MULTIFOCAL	Verre UNIFOCAL	Verre MULTIFOCAL
Niveau de correction				
Faible	50,00 €	85,00 €	120,00 €	218,00 €
Modéré	50,00 €	85,00 €	120,00 €	218,00 €
Moyen	50,00 €	85,00 €	120,00 €	218,00 €
Elevé	85,00 €	85,00 €	163,00 €	218,00 €
Très élevé	85,00 €	85,00 €	163,00 €	218,00 €

Correction			
Niveau de correction	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre
Faible	Sphère	De -2 à +2	0
	Sphère	De -2 à 0	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De 0 à +2	> 0
Modéré	Sphère	De -4 à -2,25 ou de +2,25 à +4	0
	Sphère	De -4 à -2,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +2,25 à +4	> 0
Moyen	Sphère	De -6 à -4,25 ou de +4,25 à +6	0
	Sphère	De -6 à -4,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +4,25 à +6	> 0
Elevé	Sphère	De -8 à -6,25 ou de +6,25 à +8	0
	Sphère	De -8 à -6,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +6,25 à +8	> 0
Très élevé	Sphère	< -8 ou > +8	0
	Sphère	De -8 à 0	> +4
	Sphère	< -8	> 0
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0



Le 100% Santé en optique



100% Santé = 100% remboursé

Le panier 100% Santé dit Classe A correspond à l'offre 100% Santé, 100% remboursée, avec un large choix de monture et de verres de qualité. En voici les principales caractéristiques :



17 modèles de montures pour les adultes et 10 pour les enfants en différents coloris à un prix inférieur ou égal à 30 €*
** Il s'agit d'un nombre minimum par point de vente*



Tous types de corrections visuelles



Traitements inclus :
Amincissement des verres,
Dispositifs anti-rayures, anti-reflets, et anti UV.

Vous aurez la possibilité de « **panacher** » **vos équipements optiques** : des verres 100% remboursés et une monture remboursée selon les garanties de votre contrat ou inversement !

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

Réseau de soin et opticien en ligne

itelis

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

+ 13 600 professionnels de santé partenaires* : opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes, ostéopathes, chiropracteurs, psychologues, diététiciens.

Les remises

Optique		Autres	
Verres	Jusqu'à -40 %	Aides auditives	Jusqu'à -15 %
Monture	Jusqu'à -25 %	Accessoires	15 % de remise
Lentilles	Jusqu'à -10 %	Produits d'entretien	10% de remise
Paraoptique <i>Lunettes soleil, produits lentilles, etc</i>	15 % de remise	Diététiciens, Psychologues, Ostéopathes et Chiropracteurs	
Dentaire		Des tarifs maîtrisés par rapport au marché avec consultation en cabinet, en visio ou à domicile	
50% des actes du Panier Libre à tarifs négociés (Cf page « Bon à savoir »)			

Les garanties et services

Optique

- **Garantie casse lunettes :** 2 ans
- **Garantie casse lentilles :** 6 mois
- **Garantie adaptation lunettes/ lentilles ou déchirure lentilles :** 3 mois
- **Garanties traitement :** 2 ans
- **Garanties dépannage 48h :** 2 ans

Dentaire

- **Suivi/assistance** suite à la pose de certaines prothèses : 3 ans

Audio

- **Casse ou inadaptation :** 4 ans

Géolocalisation des partenaires de santé partout en France*

En dentaire *

- Prise de **rendez-vous d'urgence** avec confirmation en moins de 4h.
- **Bilan gratuit** : plan de traitement complet avec radiographie, sans reste à charge.

En optique *

- **Opticiens à domicile** : un camion Optical Center se déplace gratuitement pour un rendez-vous (test de la vue, choix des équipements), la livraison de l'équipement et la vérification des ajustages

* *Rendez-vous sur votre Espace assuré witiwi.fr en cliquant sur « trouver un praticien »*

C·EVIDENTIA

C'évidentia propose divers services d'opticien en ligne tels que test de vue, rendez-vous chez un ophtalmologue mais surtout le choix de **lunettes en ligne aux tarifs Itelis**, avec une livraison en 7 jours à votre domicile.



Test de vue offert en téléconsultation avec un opticien diplômé



Un service **personnalisé et humain** pour votre parcours de soins



+800 montures de marques et traitements verres inclus, **sans reste à charge**



Aide à la prise de rendez-vous **ophtalmologue plus rapide**

Vos autres garanties au 01/03/2026

Garanties en complément de la Sécurité sociale	REGIME de BASE Responsable et Obligatoire	SURCOMPLEMENTAIRE non responsable facultative (Y compris régime de base)
AUTRES POSTES		
Transports		
Transports pris en charge par la Sécurité sociale	TM	TM + 165% BR
Maternité		
Forfait maternité par enfant y compris en cas d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans (doublée en cas de naissances ou adoptions multiples)	20 % du PMSS	20 % du PMSS
Chambre particulière (par jour)	5% PMSS	5% PMSS
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale (frais médicaux, frais de transport et frais de séjour)	0,80 % du PMSS /jour limité à 21 jours	0,80 % du PMSS /jour limité à 21 jours
Médecine douce ⁽¹⁾		
Sevrage tabagique	30 €	30 €
Actes de chiropractie, ostéopathie, sophrologue, pédicure-podologue, naturopathe, psychologue (dans la limite de 3 séances /an /bénéficiaire)	50 € / séance	50 € / séance
Vaccins remboursés par la Sécurité sociale	TM	TM
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale à savoir : antigrippe, hépatites A et B, Méningite A et C	100% FR	100% FR
Ostéodensitométrie osseuse non remboursée par la Sécurité sociale	20€ / an /bénéficiaire	20€ / an /bénéficiaire
Consultation chez un diététicien, prescrite par un médecin, par enfant de moins de 12 ans	1,25 % PMSS	1,25 % PMSS
Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant.	200€ /an /bénéficiaire	200€ /an /bénéficiaire
Connecteurs Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres, sur prescription médicale	100€ /an /bénéficiaire	100€ /an /bénéficiaire
Actes de prévention (tout acte de prévention pris en charge par la Sécurité sociale)	TM	TM

"(1) Le praticien doit être inscrit à l'un des répertoires suivants encadrant son niveau de qualification : ADELI, RPPS, RNE

Vos services ANGEL

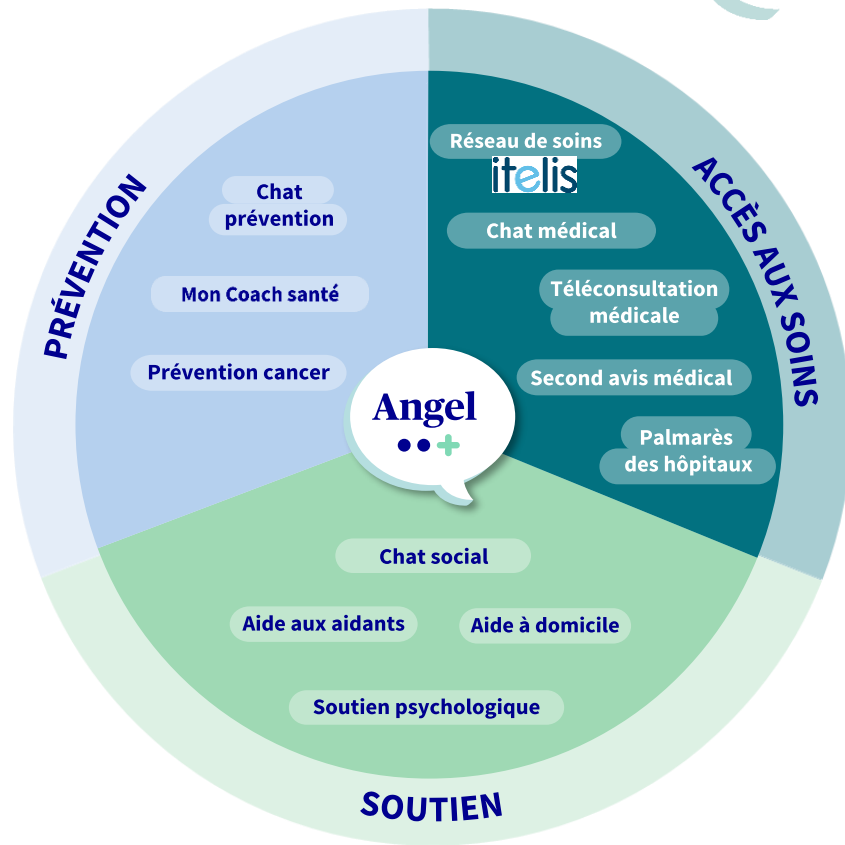
Accédez à des professionnels de santé et des services pour prendre soin de vous et de vos proches au quotidien

Angel
●●+

Rendez-vous sur **ANGEL.fr**
ou appelez le **36 33**

Par téléphone de l'étranger :
33.1.55.92.27.54 précédé de l'indicatif local
d'accès au réseau international
(Communication non surtaxée, coût selon
opérateur, appel susceptible
d'enregistrement)

Pour visualiser la vidéo depuis
votre smartphone, **scannez ce QR
code**



Accédez, ensuite, aux services

Prendre soin de
votre santé

Accédez aux soins

Vous soutenir dans les
moments difficiles



L'assistance

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

**Votre Garantie Assistance vous permet d'obtenir une aide
concrète pour soulager le quotidien (aide-ménagère, garde
d'enfant, voyage et hébergement d'un proche...)**

Tél : (+33) 01 72 59 51 60

Numéro de contrat : 2100 0415

Numéro de convention : 7203846

Vos services en ligne WTW

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



Pensez à créer votre compte sur l'espace assuré !

Pour accéder à votre Espace Client, vous devez d'abord créer votre compte en suivant les étapes ci-dessous. Rendez-vous sur www.witiwi.fr ou sur l'appli **Santé WTW**. Accédez à votre espace via PC, smartphone, tablette.

- 1** Depuis la page d'accueil sur www.witiwi.fr
Cliquez sur **Accéder à mon Espace Client** puis "S'inscrire maintenant".
- 2** Renseignez les informations demandées
 - Numéro adhérent
 - Nom de famille
 - Date de naissance
 - Adresse email
- 3** Vérification de votre adresse email
Vous allez recevoir un code par email et vous devrez l'indiquer sur la page.
- 4** Conditions d'utilisation et politique de confidentialité
Vous devez accepter les conditions d'utilisation et la politique de confidentialité en cochant les 2 cases
- 5** Double authentification
Pour protéger votre compte, nous avons mis en place la double authentification. Vous devez renseigner votre numéro de téléphone et indiquer le numéro que vous avez reçu (appel ou SMS).
- 6** Choix de votre mot de passe
Définissez le mot de passe de votre compte en respectant les critères indiqués. Il vous sera nécessaire pour vous connecter.

Sur votre espace assuré witiwi.fr et sur votre application « Santé WTW », vous pouvez :

- **Accéder à votre carte de tiers payant et celles de vos bénéficiaires** : possibilité d'éditer, télécharger, imprimer et/ou envoyer par mail
- **Consulter et mettre à jour de vos informations contrat** (adresse postale, informations bancaires, détail d'adhésion, CPAM de rattachement...)
- **Accéder à votre messagerie** (à toutes vos demandes, nos réponses et l'état d'avancement quel que soit le mode de communication utilisé)
- **Accéder en téléchargement à tous les documents utiles** sur votre complémentaire : notices, garanties.
- **Afficher les derniers remboursements** que vous avez reçu, télécharger vos décomptes mensuels et afficher des règlements en attente de justificatifs
- **Vous inscrire aux E-services** : alerte remboursement et téléchargement des décomptes mensuels de remboursement sur 2 ans au format PDF
- **Demander la prise en charge hospitalière** (renvoi automatique à l'établissement hospitalier non conventionné) et **analyser le reste à charge sur présentation d'un devis**
- **Géolocaliser un professionnel de santé de votre réseau de soins** avec informations détaillées (heures d'ouverture, accessibilité handicapés...)

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 !





Ayez les bons réflexes

1

Ne communiquez jamais le montant de vos garanties aux praticiens

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

2

Demandez plusieurs devis et faites-les analyser par WTW France

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

3

Connectez-vous sur le site de l'Assurance Maladie

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

4

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. Rendez-vous sur www.ameli.fr

5

Consultez les partenaires de santé du réseau de soins Itélis

En consultant un partenaire du réseau de soins, vous bénéficiez de prix encadrés et de services supplémentaires



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

BRR : Base de Remboursement Reconstituée, tarif correspondant à BR appliquée dans le secteur conventionné pour cet acte.

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

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

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.

HLF: Honoraires Limites de Facturation, tarif maximum devant être appliqué par les chirurgiens-dentistes. Les montants ont été fixés par la Sécurité sociale et sont disponibles sur les sites ameli.fr, legifrance.gouv.fr ou solidarités-sante.gouv.fr.

PLV : Prix Limite de Vente, tarif maximum devant être appliqué par les audioprothésistes et opticiens. Les montants ont été fixés par la Sécurité sociale et sont disponibles sur les sites ameli.fr, legifrance.gouv.fr ou solidarités-sante.gouv.fr.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Montant de référence de la Sécurité sociale, qui est réévalué tous les ans au 1er janvier.

Réforme 100% santé : désormais chez votre professionnel de santé (chirurgien-dentiste, audioprothésiste, opticien).

RSS : Remboursement par la Sécurité Sociale. Également appelé **MR (Montant Remboursé par la Sécurité sociale)**

RSS Reconstitué : Remboursement par la Sécurité Sociale Reconstitué. Montant correspondant à celui théoriquement remboursé par la Sécurité sociale à partir de la BRR. Également appelé **MRR (Montant Remboursé par la Sécurité sociale Reconstitué)**.

SS : Sécurité Sociale

TM : Ticket Modérateur, reste à charge après remboursement de la Sécurité sociale, hors dépassement d'honoraires, franchise et pénalité. Il correspond à la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par la Sécurité sociale (hors franchise). **TM = BR – RSS** (ou **BR = TM + RSS**).

Documents utiles

Retrouvez l'ensemble des documents importants et utiles concernant vos contrats frais de santé et prévoyance en flashant le QR code :

- Guide santé et prévoyance
- Un descriptif de nos services digitaux
- Un flyer sur le réseau de soins Itélis
- Un guide sur l'ensemble des services ANGEL
- Un livret d'explication sur la désignation de bénéficiaire et QuiJeDesigne.fr
- Un livret sur le fonds social dédié
- Un livret sur les maintiens de garanties possibles





Maintien des garanties

SUSPENSION DE CONTRAT : Maintien des garanties des actifs

- ✓ Les salariés en suspension de contrat de travail sans compensation salariale (congé parental, sabbatique, création d'entreprise) ont la possibilité de continuer à bénéficier du contrat santé aux mêmes conditions qu'en activité.
- ✓ Ils doivent en faire la demande avant ou au plus tard au moment du départ en suspension de contrat (formulaire disponible auprès du relai Ressources Humaines).
- ✓ La cotisation est identique à celle des actifs. et sera à 100% à la charge du salarié (sans participation employeur). La cotisation sera prélevée par WTW directement sur le compte en banque du salarié.



RETRAITES : Offre AURORA

- ✓ Les salariés à la retraite peuvent souscrire au contrat frais de santé « **AURORA** » en direct auprès de WTW avec des tarifs négociés.
- ✓ Renseignements :
 - Par mail à Fr.sapi@wtwco.com
 - ou par téléphone Du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h30 au **0972 722 244** (non surtaxé, prix d'un appel local)

DISPOSITIF DE PORTABILITE (ou dispositif ANI) : Maintien des garanties des actifs

- ✓ Les anciens salariés de l'entreprise, percevant des prestations chômage ou une rente d'invalidité, peuvent prétendre au maintien gratuit des garanties santé des actifs pour une durée maximum de 12 mois.
- ✓ Les conditions d'application de ce dispositif sont disponibles auprès du relai Ressources Humaines de votre établissement.

La Prévoyance





L'essentiel sur votre couverture Prévoyance

OBJET : La garantie Prévoyance a pour objet de vous couvrir en cas de décès ou d'arrêt de travail.

LA COTISATION :

- Elle est calculée en % de votre salaire de base.
- Elle est répartie entre l'Employeur et le salarié.
- La cotisation est prélevée chaque mois sur le bulletin de paye. Pour en connaître le montant, rapprochez-vous de votre Relai Ressources Humaines.

LE REGIME :

- Le régime s'applique à tous les collaborateurs à titre obligatoire. Vous n'avez pas de bulletin d'adhésion à compléter.
- Il prend effet à la date d'embauche du collaborateur et prend fin le jour de la rupture du contrat de travail

La désignation de bénéficiaire

En cas de décès d'un participant assuré, et dans la mesure où il n'a fait aucune désignation particulière, le capital est versé par priorité :

- à son conjoint non divorcé ou non séparé judiciairement,
- à défaut, à son partenaire avec lequel il était lié par un pacte civil de solidarité,
- à défaut, par parts égales, à ses enfants vivants ou représentés, et à ceux de son conjoint s'il en avait la charge au moment du décès,
- à défaut, à ses parents, par parts égales, et en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité,
- à défaut à ses héritiers selon la dévolution successorale.

Pour être bénéficiaire du capital décès, **le concubin doit avoir fait l'objet d'une désignation particulière.**

Si vous souhaitez rédiger une désignation de bénéficiaire particulière aller sur le site [Quijedesigne.fr](https://www.quiviedesigne.fr)

Vos garanties Décès

LA GARANTIE DÉCÈS A POUR OBJET :

- Le versement d'un capital majoré et/ou le versement d'une rente, selon l'option retenue
 - Le versement d'un capital supplémentaire en cas d'accident
 - Le versement d'un capital décès supplémentaire en cas de décès du conjoint après celui du participant ou simultanément
 - Le versement d'une allocation frais d'obsèques en cas de décès de votre conjoint, d'un de vos enfants ou de vous-même.
- À votre (ou vos) bénéficiaire(s).

LES PRESTATIONS :

Vos prestations sont détaillées dans le « tableau des garanties » de la notice d'information d'Uniprévoyance.

Le choix de l'option

Le choix de l'option est effectué, dans les deux mois qui suivent le décès :

- par le conjoint non séparé judiciairement, lorsqu'il est seul bénéficiaire,
 - à défaut, par les enfants à charge, dans la mesure où ils sont seuls bénéficiaires et par parts égales.
- Lorsque ceux-ci ne jouissent pas de la capacité juridique, le choix est effectué par leur représentant légal.

Toutefois, si le participant souhaite choisir lui-même l'option, il notifiera son choix par écrit à l'Institution.

L'entrée en vigueur de l'option est fixée :

- à la date d'admission à l'assurance, pour toute notification reçue dans le mois qui suit l'admission ou, le cas échéant, dans le mois qui suit la date d'émission du contrat d'adhésion,
- à la date de changement de la situation de famille (mariage, divorce, conclusion ou rupture d'un pacte civil de solidarité, veuvage, naissance, ...), pour toute notification reçue dans les 3 mois qui suivent ce changement,
- le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande, dans tous les autres cas.

En tout état de cause, l'OPTION A sera obligatoirement retenue par l'Institution :

- à défaut de choix exprimé, dans le délai imparti, par le conjoint bénéficiaire,
- à défaut de choix exprimé, dans le délai imparti, par les enfants bénéficiaires ou à défaut d'accord entre ceux-ci,

Retrouvez le livret d'explication sur la désignation de bénéficiaire et QuiJeDesigne.fr en flashant le QR code





Vos garanties Arrêt de travail

La garantie Incapacité de travail

LA GARANTIE INCAPACITE A POUR OBJET :

- Le versement d'un **revenu de remplacement** (indemnités journalières) dans le cas où vous seriez en arrêt de travail, en complément des prestations versées par la Sécurité Sociale

LES PRESTATIONS :

Vos prestations sont détaillées dans le « **tableau des garanties** » de la **notice d'information d'Uniprévoyance**.

Comment bénéficier de la garantie ?

POUR BÉNÉFICIER DE L'INDEMNISATION COMPLÉMENTAIRE VERSÉE PAR UNIPRÉVOYANCE EN CAS D'INCAPACITE DE TRAVAIL :

Vous devez transmettre régulièrement au relai Ressources Humaines de votre établissement les décomptes originaux des Indemnités Journalières versées par la Sécurité sociale.

Pour la bonne gestion de votre dossier n'oubliez pas de transmettre également les avis de prolongation d'absence établis par votre médecin.

Remarque :

en cas de départ de votre société, vous devez transmettre directement à UNIPrévoyance vos décomptes d'indemnités journalières de Sécurité sociale. Les indemnités qui seraient éventuellement dues vous seront versées directement. Elles ne sont plus versées à votre employeur.



Vos garanties Arrêt de travail

La garantie Invalidité de travail

LA GARANTIE INVALIDITE A POUR OBJET :

Le versement d'un **revenu de remplacement** (rente) dans le cas où vous seriez déclaré invalide par la Sécurité sociale, en complément des prestations versées par la Sécurité Sociale

LES PRESTATIONS :

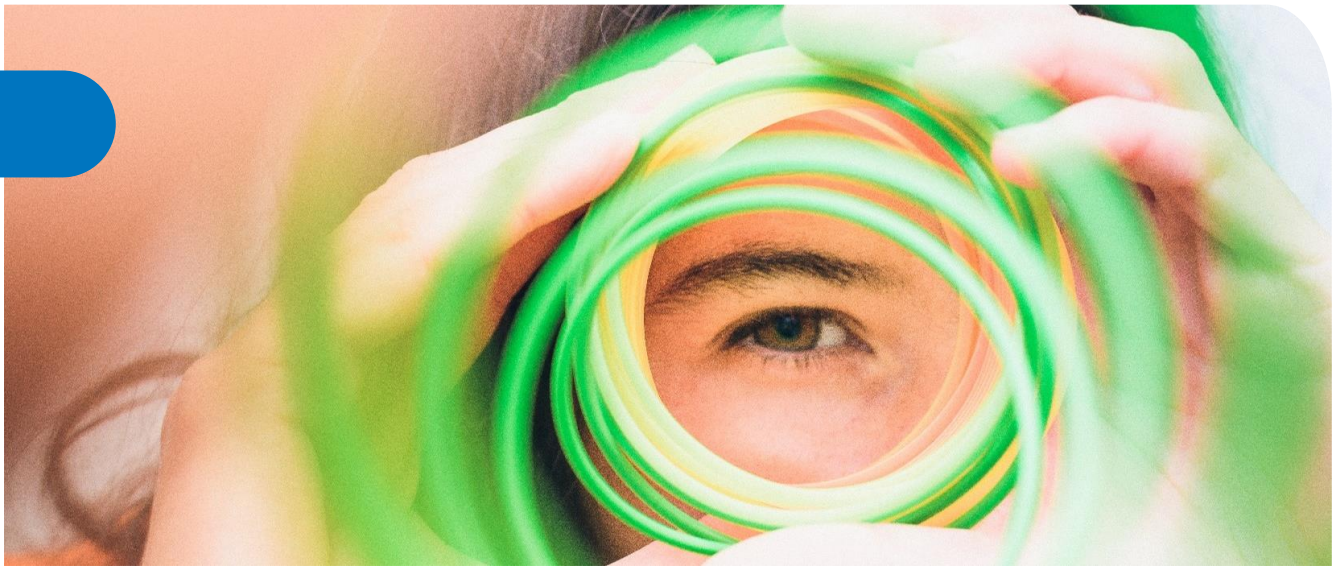
Vos prestations sont détaillées dans le « **tableau des garanties** » de la notice d'information d'Uniprévoyance.

Comment bénéficier de la garantie ?

POUR BÉNÉFICIER DE L'INDEMNISATION COMPLÉMENTAIRE VERSÉE PAR UNIPRÉVOYANCE EN CAS D'INVALIDITE :

Vous devez transmettre au relai Ressources Humaines de votre établissement l'attestation d'invalidité de la sécurité sociale immédiatement après réception, votre dernier avis d'imposition ainsi que d'un relevé d'identité bancaire

Puis, au fur et à mesure, les décomptes de versement de la rente par la Sécurité sociale. Uniprévoyance vous versera directement et à chaque fin de trimestre civil le complément de rente.



Les maintiens des garanties

SUSPENSION DE CONTRAT : Maintien des garanties des actifs

Les salariés en suspension de contrat de travail (congé parental, sabbatique, création d'entreprise...) ont la possibilité de continuer à bénéficier de la **garantie Décès**, moyennant le versement d'une cotisation.

Ils doivent en faire la demande avant ou au plus tard au moment du départ en suspension de contrat (formulaire disponible auprès du relai Ressources Humaines).

La cotisation sera à 100% à la charge du salarié et sera prélevée par WTW.

DISPOSITIF DE PORTABILITE (ou dispositif ANI) : Maintien des garanties des actifs

- ✓ Les anciens salariés de l'entreprise, percevant des prestations chômage ou une rente d'invalidité, peuvent prétendre au maintien gratuit des garanties santé des actifs pour une durée maximum de 12 mois.
- ✓ Les conditions d'application de ce dispositif sont disponibles auprès du relai Ressources Humaines de votre établissement.

L'Action Sociale



L'action sociale

Le fonds Social UNIPrévoyance

Face aux coups durs de la vie, soyez accompagné :

- écoute et conseil sur vos droits,
- orientation dans vos démarches,
- aide financière en cas de difficulté exceptionnelle

Les domaines d'intervention : santé prévention, situations de vulnérabilité (veuvage, emploi, séparation, ...), handicap, accompagnement de vos proches fragilisés

Web / Mail : www.uniprevoyance.fr

Rubrique "Action Sociale"/demande d'intervention sociale



Le fonds social dédié « CASTORAMA »

CASTORAMA et les filiales **KINGFISHER** ont mis en place, en partenariat avec votre complémentaire, **WTW** France et **UNIP**, un fonds social destiné à aider les salariés qui se trouveraient dans l'incapacité de régler des dépenses liées à la santé ou à la prévoyance.

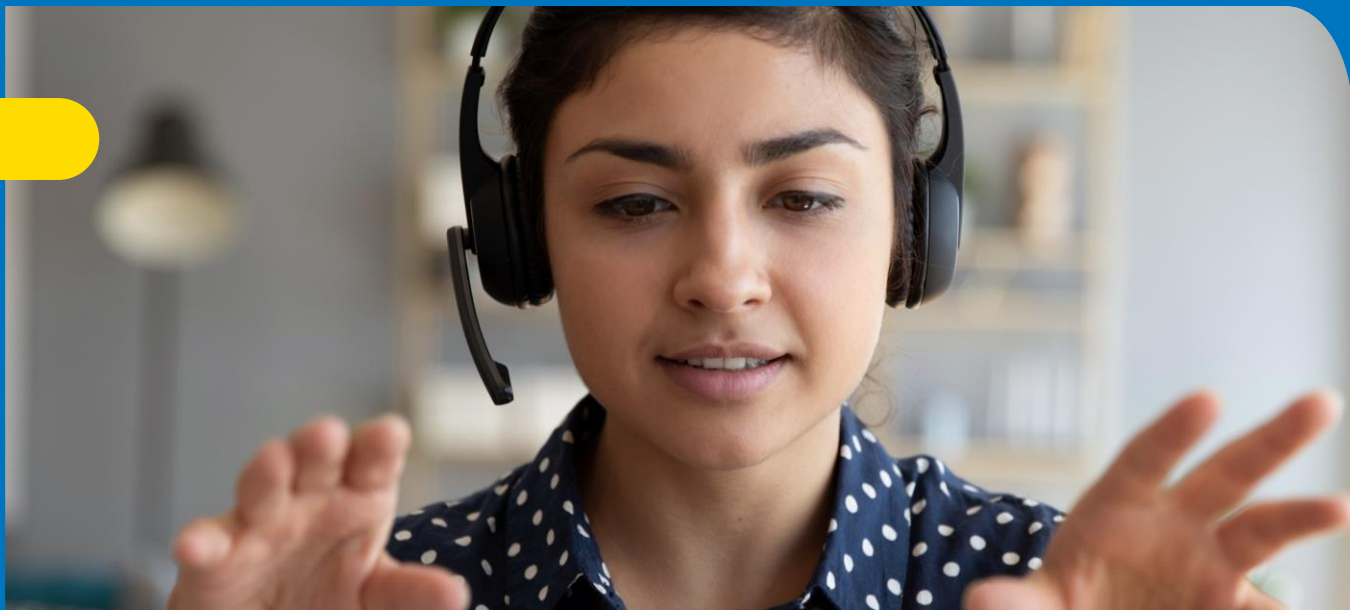
N'hésitez pas à échanger avec votre correspondant RH.

Remplissez le formulaire de « demande d'intervention sociale » disponible :

- sur votre espace assuré, <http://www.witiwi.fr>
- ou auprès de votre correspondant RH.

Retrouvez le livret sur le fonds social dédié en flashant le QR code





CONTACTS

wtw

Votre gestionnaire pour
votre adhésion et vos
remboursements santé

Par internet : www.witiwi.fr

Par mail : serviceclient@wtwco.com

Par courrier :

WTW France
TSA 84 256
77 283 Avon Cedex

Par téléphone :

Du lundi au vendredi de 8h à 20h sans interruption
09 72 72 23 00

castorama

changer nous fait avancer

Castorama France SAS

Direction des Ressources Humaines
Parc d'activités - BP 101
59175 Templemars