



**ACCORD D'ENTREPRISE
REGIME « FRAIS DE SANTE »
ENSEMBLE DU PERSONNEL
*VILOGIA SA d'HLM***

07
LH
RP
K
M
EC

Entre les signataires :

Entre d'une part :

VILOGIA SA d'HLM, dont le siège est situé à VILLENEUVE D'ASCQ, 74 rue Jean Jaurès, représentée par M. Philippe REMIGNON, agissant en qualité de Président du Directoire.

Et d'une autre part :

Les organisations syndicales représentées par :

1. M. Pascal PESEZ, délégué syndical C.F.D.T.
2. Mme Michèle DUTHIEUW, déléguée syndicale C.G.T.
3. M. Olivier YEDDOU, délégué syndical C.F.E. – C.G.C
4. Mme Emma LAMA, déléguée syndicale U.N.S.A.
5. Mme Patricia VINCENT, déléguée syndicale C.F.T.C.

PREAMBULE

Soucieux de maintenir une couverture sociale de qualité des salariés, la Direction de VILOGIA SA et les Organisations Syndicales ont décidé de définir les modalités de la protection sociale complémentaire dont bénéficie l'ensemble du personnel en matière de remboursement complémentaire de frais médicaux.

L'accord d'entreprise Régime « Frais de santé » du 1^{er} janvier 2017 d'une durée de 4 ans a pris fin le 31/12/2020. L'échéance de l'accord étant intervenue pendant la situation sanitaire liée à la COVID 19, les dispositions du régime ont été reconduites sans modifications de garanties, ni augmentations tarifaires, une année supplémentaire, jusqu'au 31/12/2021.

Compte tenu de l'obligation de renouvellement du contrat d'assurance du Régime « frais de santé » à effet du 01/01/2022, un appel d'offre a été lancé afin de procéder à la désignation de l'Assureur et du Gestionnaire du régime. Suite à cet appel d'offre, il a été décidé que le

Handwritten signatures and initials in blue and purple ink, including a large 'MP' and a '07'.

régime Frais de santé sera souscrit auprès de la compagnie d'assurances Generali et le gestionnaire Gras Savoye.

C'est dans ce cadre que les parties signataires ont conclu le présent accord régissant le régime de « Frais de santé ».

Le présent accord se substitue à toutes les dispositions résultant d'accords collectifs, de décisions unilatérales ou de toute autre pratique en vigueur dans VILOGIA SA et portant sur le même objet que celui prévu par le présent accord.

ARTICLE 1 – OBJET

VILOGIA SA a souhaité renouveler les modalités de la protection sociale complémentaire dont bénéficie l'ensemble du personnel concernant les garanties « Frais de santé » au profit des bénéficiaires désignés à l'article 2, à effet du 1er janvier 2022.

Il est précisé que la Direction de la société VILOGIA SA s'engage à contribuer au financement de ce régime et à souscrire auprès d'un organisme habilité, un contrat d'assurance collective.

VILOGIA SA ne s'engage pas sur les prestations qui sont définies au contrat d'assurance et qui relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

Les conditions d'ouverture des droits, les modalités de calcul et de paiement des prestations sont définies au contrat souscrit auprès de l'organisme assureur. Elles sont indiquées dans la notice d'information de l'assureur qui sera remise à chaque affilié.

Elles pourraient ensuite évoluer sous réserve de l'information préalable par la société VILOGIA SA, des bénéficiaires du régime.

AD PP [Signature] MY EC OX

2.1. Caractère collectif :

Le régime « Frais de santé » concerne l'ensemble des salariés (Cadres et Non Cadres).

Pendant une suspension du contrat de travail donnant lieu à une indemnisation par l'employeur ou par un organisme assureur au titre d'une couverture cofinancée par VILOGIA SA, les garanties sont maintenues dans les conditions fixées à l'article 4.4.

2.2. Caractère obligatoire :

L'adhésion à ce régime est obligatoire pour les salariés concernés.

Par dérogation au caractère obligatoire de l'adhésion des salariés, une dispense d'affiliation est possible dans les cas prévus par la loi et ses décrets d'application (article L. 911-7 et D. 911-2 et suivants du Code de la Sécurité Sociale) exclusivement sur demande écrite de la part des salariés. A titre de simple information, les cas de dispenses légaux et réglementaires sont rappelés dans une note d'information (annexe 1 du présent accord).

En outre, peuvent demander une dispense d'affiliation :

- a. Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois,
- b. Les salariés à temps partiel et les apprentis dont les cotisations aux régimes complémentaires instaurés par l'employeur seraient égales ou supérieures à 10 % de leur rémunération brute.

Il est précisé que ces dispenses (a et b) ne pourront être sollicitées qu'au moment de l'embauche du salarié. Les salariés souhaitant bénéficier des dispenses ci-dessus, devront préciser le cadre dans lequel ils se situent.

Handwritten signatures and initials in purple and blue ink, including a large 'X' and several initials like 'MP' and 'LP'.

Pour ce faire, les salariés concernés compléteront et retourneront au service du personnel, situé au Siège de l'entreprise à Villeneuve d'Ascq, le formulaire disponible auprès de ce même service ainsi que sur l'intranet.

Les salariés qui, lors de l'embauche, ont sollicité une dispense justifiée par une des situations a et b, peuvent demander ensuite à s'affilier, mais cette affiliation est alors définitive et irrévocable sauf s'ils viennent à entrer ultérieurement dans les cas de dispense d'ordre public précisées aux 1° et 3° de l'article D.911-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Lorsque les conjoints ou assimilés¹ sont tous deux salariés de la société, ils peuvent demander par écrit à ne s'affilier que l'un ou l'autre (le second étant alors son ayant-droit).

Il est rappelé que les salariés et/ou leur(s) ayant(s)-droit sollicitant une dispense d'affiliation ne bénéficient pas des garanties du présent régime.

A défaut de demande de dispense justifiée, adressée à l'employeur dans les 30 jours suivant la date de leur embauche ou de la date de prise d'effet des couvertures, les salariés seront obligatoirement affiliés au régime de base.

ARTICLE 3 – EVOLUTION DU REGIME

L'obligation de l'employeur se limite au seul paiement des cotisations mentionnées ci-dessous et de leur évolution future, dans les conditions fixées à l'article 4 ci-dessous.

ARTICLE 4 - COTISATIONS

4.1. Le régime de base obligatoire dit « Base » :

¹ On entend par couple, les personnes mariées non séparées de corps judiciairement ou liées par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou vivant en concubinage. La situation de couple devra être conforme aux définitions des ayants-droit précisées dans la notice d'information délivrée par l'organisme assureur du régime.

AD RP K M EQ 04

4.1.1. Taux, assiette, répartition des cotisations :

Le présent régime de remboursement de frais de santé revêt un caractère familial et couvre à titre obligatoire les salariés comme indiqué à l'article 2.2.

En tout état de cause, et/ou à défaut de choix, sauf les cas précisés au point 2.2., le salarié devra cotiser selon la formule « Base ».

Pour 2022	Cotisation mensuelle « Base »		
Frais de santé	Cotisation totale	Part salariale	Part patronale
	106,07 €	10,61 €	95,46 €

4.1.2. Évolution des cotisations :

En cas de baisse ou de hausse ultérieure des cotisations, celle-ci sera répercutée entre l'employeur et le salarié dans les mêmes proportions.

Le partage de ces évolutions de cotisations, entre l'employeur et le salarié, s'effectuera dans les mêmes proportions que celles constatées au 1^{er} janvier 2022 (c'est-à-dire que la part patronale correspond à 90 % du montant de la cotisation).

4.2. Le régime optionnel facultatif dit « Option » :

Le salarié souhaitant améliorer le niveau des garanties dont il bénéficie au titre du régime obligatoire « Base » peut choisir d'adhérer à titre facultatif à un régime complémentaire optionnel dit « Option » dans les conditions fixées par la notice d'information.

L'adhésion au régime dit « Option » est conditionnée à l'adhésion au régime « Base ».

4.2.1. Taux, assiette, répartition des cotisations :

04
[Signatures]

Le financement de ce régime est entièrement et exclusivement à la charge des salariés qui le choisissent. A titre informatif, les cotisations s'élèvent à :

Pour 2022	Cotisation mensuelle « Option »
Frais de santé	Cotisation complémentaire salariale
	+ 36.63€

A titre informatif et compte-tenu des tarifs applicables au 1^{er} janvier 2022, un salarié ayant choisi l' « Option » sera redevable d'une cotisation salariale mensuelle totale de **47, 24€**.

4.2.2. Evolutions des cotisations :

Pour cette garantie optionnelle, le salarié supportant seul son coût, supportera l'évolution des cotisations tant à la hausse qu'à la baisse.

4.3. Précompte salarial :

Les salariés seront directement prélevés sur leurs bulletins de paie.

4.4. Suspension du contrat de travail :

4.4.1. Dans l'hypothèse du maintien des garanties visé à l'alinéa 2 de l'article 2.1 du présent accord :

Indépendamment des cas éventuels de gratuité des garanties prévues dans la notice d'information, en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à une indemnisation (maintien total ou partiel de salaire et/ou indemnisation par le régime de prévoyance sous réserve qu'il soit cofinancé par l'employeur), le bénéfice du présent régime est maintenu.

Dans ce cas, la cotisation définie aux articles 4.1.1 et 4.1.2 et son partage sont maintenus dans les mêmes conditions. De même, la cotisation précisée au point 4.2.1. sera maintenue ; elle demeure à la charge du salarié.

04
[Signatures]

4.4.2. Lorsque la période de suspension du contrat de travail ne donne pas lieu à indemnisation :

Indépendamment des cas éventuels de gratuité des garanties prévues dans la notice d'information, le bénéfice du présent régime peut être maintenu durant la durée de la période de suspension concernée (notamment congé parental d'éducation, congé sabbatique, congé de solidarité internationale) aux mêmes conditions de garanties et de cotisations que pour les salariés en activité. Le salarié s'acquitte de sa cotisation directement auprès de l'organisme assureur.

ARTICLE 5 – INFORMATION

5.1. Information des adhérents :

VILOGIA SA remettra à chaque adhérent et à tout nouvel adhérent, une notice d'information détaillée résumant les garanties et leurs modalités d'application.

Les salariés sont également informés par écrit préalablement de toute modification de leurs droits et obligations ; une notice modificative leur étant alors remise.

5.2. Information collective :

Chaque année le rapport annuel de l'assureur sur les résultats techniques sera porté à la connaissance du Comité social et économique.

ARTICLE 6 – RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

6.1. Maintien temporaire des garanties :

Les anciens salariés dont le contrat de travail a fait l'objet d'une rupture ouvrant droit à l'indemnisation de l'assurance chômage, à l'exclusion d'un licenciement pour faute lourde, continuent à bénéficier des garanties de frais de santé applicables dans l'entreprise, sous réserve de justifier de leur situation et selon les conditions définies à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité Sociale.

09
PP
W/E

6.2. Article 4 de la loi Evin :

Les anciens salariés dans les situations visées par l'article 4 de la loi Evin (n° 89-1009) peuvent obtenir le maintien de la couverture par l'assureur à condition de le demander dans un délai de 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période pendant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties (conformément au point 6.1.).

ARTICLE 7 – DISPOSITIONS GENERALES

7.1. Date d'effet – Durée :

Les dispositions du présent accord prendront effet dès le 1er janvier 2022. Le présent accord est conclu pour une durée déterminée de 5 ans.

7.2. Suivi de l'accord et clause de rendez-vous :

En vue de permettre une bonne application du présent accord, une commission de suivi sera mise en place. Cette commission sera composée de deux représentants de la Direction et d'un représentant par organisation syndicale signataire de l'accord.

La présente commission de suivi interviendra dans la résolution des problèmes qui pourraient se présenter dans le cadre de la mise en œuvre de cet accord et fera toutes les suggestions nécessaires pour faciliter la mise en place de solutions. La commission de suivi se réunira, chaque fois que nécessaire, à la demande de la majorité de ses membres. Sur initiative de la Direction, elle se réunira au minimum une fois par an pour faire un bilan des modalités d'application de cet accord.

7.3. Révision de l'accord :

Le présent accord pourra être révisé en application des dispositions légales applicables.

04
PP
M
M

7.4. Publicité- Dépôt :

VILOGIA SA d'HLM notifiera sans délai par courrier recommandé AR (ou remise en main propre contre décharge auprès du délégué syndical) le présent accord à l'ensemble des organisations syndicales de l'entreprise.

Le présent accord fera l'objet d'un dépôt dans les conditions prévues par le Code du Travail, à savoir : un exemplaire papier déposé au Secrétariat greffe du Conseil des prud'hommes de Lys lez Lannoy, et un dépôt électronique sur le site « téléaccords ».

Afin d'assurer l'information du personnel, le texte du présent accord sera affiché sur les panneaux prévus pour la communication avec le personnel. En outre, ce texte sera consultable sur l'intranet.

Fait à Villeneuve d'Ascq, en 7 exemplaires originaux, le 18 novembre 2021

Pour la Direction de VILOGIA SA d'HLM :

Philippe REMIGNON
Directeur Général



Pour les Organisations Syndicales :

Pascal PESEZ
Délégué Syndical
C.F.D.T.

Michèle DUTHIEUW
Déléguée Syndicale
C.G.T.

Emma LAMA
Déléguée Syndicale
U.N.S.A.

Olivier YEDDOU
Délégué Syndical
C.F.E.-C.G.C.

Patricia VINCENT
Déléguée Syndicale
C.F.T.C.



NOTE D'INFORMATION AUX SALARIES SUR LES DISPENSES D'AFFILIATION

Depuis le 1er janvier 2016, certains cas de dispense d'affiliation peuvent être sollicités de plein droit par les salariés. Cette note a donc pour objectif d'informer les salariés sur la réglementation applicable.

En application de l'article L. 911-7 et suivants et D. 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale en vigueur au jour de rédaction de la présente annexe, peuvent se dispenser à leur initiative :

- Les salariés en contrat de travail à durée déterminée ou en contrat de mission lorsque l'adhésion à la couverture collective et obligatoire aboutirait à ce qu'ils soient couverts pendant une durée inférieure à 3 mois, sous condition qu'ils justifient bénéficier d'une couverture santé respectant les critères des contrats responsables. Ces salariés peuvent bénéficier du « versement chèque santé » institué par l'article L. 911-7-1 du Code de la sécurité sociale.
- Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé en application de l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture. Le salarié doit justifier de cette dispense auprès de l'employeur.
- Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de l'embauche si elle est postérieure. Cette dispense ne peut alors jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel. Si le contrat comporte une clause de renouvellement tacite, la disposition prend fin à la date de reconduction tacite. La demande de dispense doit s'accompagner d'un justificatif.

OX
AD
PP
to
M
RC

- Les salariés qui bénéficient pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi, en tant que bénéficiaires de l'un des dispositifs suivants :

- Couverture complémentaire santé collective à adhésion obligatoire conformément à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité Sociale ;
- Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;
- Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946 (CAMIEG) ;
- Mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- Contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (contrats « Madelin »).

Les demandes de dispense mentionnées ci-avant doivent être formulées au moment de l'embauche ou, si elles sont postérieures, à la date de mise en place des garanties ou la date à laquelle prend effet la couverture complémentaire santé en application de l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale ou la couverture dont bénéficie le salarié par ailleurs parmi les dispositifs énoncés ci-dessus.

Le salarié devra justifier annuellement auprès de l'employeur de sa dispense d'affiliation.

La demande de dispense comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

En tout état de cause, les salariés sont tenus de cotiser au régime collectif obligatoire frais de santé dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations ci-avant et doivent en informer immédiatement l'employeur.

ot
AA
PA
H
M
E

ANNEXE 2 : (TRANSMISE A TITRE PUREMENT INDICATIF) – TABLEAU DES GARANTIES AU JOUR DE LA SIGNATURE DE L'ACCORD

Votre résumé de garanties au 1^{er} janvier 2022



Cette grille de garanties frais de santé pour l'ensemble du personnel de VILOGIA SA a pour objectif de vous présenter les prestations santé auxquelles vous avez droit. Vous bénéficiez d'une base obligatoire et d'une option.

Garanties en complément de la Sécurité sociale ou y compris Sécurité sociale	Régime de base	Régime optionnel (y compris Base)
HOSPITALISATION		
Frais de séjour		
Etablissement conventionné	500% BR	500% BR
Etablissement non conventionné	500% BR	500% BR
Honoraires		
Secteur 1 ou adhérent DPTAM	400% BR	500% BR
Non adhérent DPTAM ou non conventionné	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR
Chambre particulière y compris maternité (par jour)	100% Frais réels, dans la limite de 100% 2,5% PMSS / jour	100% Frais réels, dans la limite de 100% 4% PMSS / jour
Lit d'accompagnant (Enfant-16 ans)	100% Frais réels, dans la limite de 100% 1% PMSS / jour	100% Frais réels, dans la limite de 100% 1% PMSS / jour
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites généralistes Secteur 1 ou adhérent DPTAM	80% BR	80% BR
Consultations, visites généralistes Non adhérent DPTAM ou non conventionné	TM + 30 % BR	TM + 30 % BR
Consultations, visites spécialistes Secteur 1 ou adhérent DPTAM	150% BR	330% BR
Consultations, visites spécialistes Non adhérent DPTAM ou non conventionné	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR
Actes de chirurgie / technique Secteur 1 ou adhérent DPTAM	100% BR	150% BR
Actes de chirurgie / technique Non adhérent DPTAM ou non conventionné	TM + 50 % BR	TM + 100 % BR
Analyses & Examens de laboratoires		
Acte pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	40% BR
Honoraires paramédicaux		
Actes pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	40% BR
Imagerie médicale		
Radiologie / Echographie Secteur 1 ou adhérent DPTAM	100% TM	150% BR
Radiologie / Echographie Non adhérent DPTAM ou non conventionné	100% TM	TM + 100 % BR
Médicaments		
Frais pharmaceutiques pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM
Matériel médical (hors aides auditives)		
Appareillages, prothèses, produits et prestations divers pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	300% BR
AIDES AUDITIVES- Prise en charge d'une prothèse / oreille / période de 4 ans		
	Dans la limite de 1700 € par équipement	Dans la limite de 1700 € par équipement
Equipements « 100 % santé » de classe I	100% PLV (Sécurité sociale + complémentaire santé)	100% PLV (Sécurité sociale + complémentaire santé)
Equipements « hors 100% Santé » de classe II	100% BR	165% 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.

Ce document est informatif et n'a pas de valeur contractuelle.

GRAS SAVOYE
VIRILIS - SAVOYE - ALPES

Handwritten signatures and initials: "oy", "PP", "AD", and others.

Garanties en complément de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés	Régime de base	Régime optionnel (y compris Base)
DENTAIRE		
Prothèses dentaires « 100 % santé »⁽¹⁾	100% HLF (Sécurité sociale + complémentaire)	100% HLF (Sécurité sociale + complémentaire)
Soins hors « 100% Santé »		
Soins	100% TM	100% BR
Inlay Onlay à tarifs maîtrisés prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% BR	300% BR
Inlay Onlay à tarifs libres prises en charge par la Sécurité sociale ⁽³⁾	100% BR	300% BR
Prothèses hors « 100% Santé » (ensemble des actes prothétiques inscrits à la CCAM)		
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾	200% BR	350% BR
Prothèses dentaires à tarifs libres prises en charge par la Sécurité sociale ⁽³⁾	200% BR	350% BR
Orthodontie		
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	170% BR	270% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR reconstituée	200% BR reconstituée
Implantologie		
Implantologie prise en charge par la Sécurité sociale	200% BR	350% BR
Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale	4% PMSS / implant / an / bénéficiaire	6% PMSS / implant / an / bénéficiaire
Parodontologie		
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	-	20% PMSS/ traitement
(1) tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques honoraires limites de facturation (HLF). Le cumul des remboursements de la Sécurité Sociale et de vos assurances complémentaires 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 dentaires.		
(2) cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 10 les honoraires de facturation sont limités. Le cumul des remboursements de la Sécurité Sociale et de vos assurances complémentaires 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, dans la limite des frais réellement engagés		
OPTIQUE⁽¹⁾ - Réseau ITTELIS		
Équipements « 100 % santé » - Monture & Verres de classe A ⁽²⁾ (y compris prestation d'appairage / prestation d'adaptation / supplément pour verres avec filtre)	100% PLV (Sécurité sociale + complémentaire santé)	100% PLV (Sécurité sociale + complémentaire santé)
Prestations et équipements « hors 100% Santé »		
Monture & Verres de Classe B ⁽³⁾		
Monture		
Verre simple	} Voir grille optique	} Voir grille optique
Verre complexe		
verre très complexe		
Prestations diverses (appairage, adaptation, ...)	100% des frais réels dans la limite du PLV	100% des frais réels dans la limite du PLV
Lentilles correctrices		
Lentilles de contact, y compris jetables, prises en charge ou non par la Sécurité sociale	5% PMSS/ an / bénéficiaire	10% PMSS/ an / bénéficiaire
Autres prestations optique		
Chirurgie réfractive non prise en charge par la Sécurité Sociale	5% PMSS/ œil / an	10% PMSS/ œil / an

(1) Faculté de prise en charge :
Renouvellement à compter de la date d'acquisition :
- tous les 2 ans adultes et enfants 16 ans inclus et + ;
- tous les ans enfants + 6 ans et - 16 ans ;
- tous les 6 mois pour les enfants - 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, sinon renouvellement tous les ans.
Exceptions :
- Renouvellement anticipé pour raisons médicales
- 2 équipements autorisés (vision de près et de loin) si intolérance : pour les assurés présentant un déficit de vision de près pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties prévoient une prise en charge de deux corrigeant chacun un des deux déficits. Les plafonds de prise en charge des contrats responsables 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 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 classe B.

Ce document est informatif et n'a pas de valeur contractuelle.

GRAS SAVOYE
10 rue de la République - 74100 Annecy

04
ND
PP
M
E

Garanties en complément de la Sécurité sociale ou y compris la Sécurité sociale	Régime de base	Régime optionnel (y compris Base)
AUTRES POSTES		
Transports		
Transports pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM
Maternité		
Forfait maternité par enfant né viable y compris en cas d'adoption	5% PMSS	10% PMSS
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale		
Soins et hydrothérapie	100% TM	100% TM
Frais de transport et hébergement	-	25% PMSS
Médecine douce		
Sevrage tabagique	75 € tous les 2 ans / bénéficiaire	75 € tous les 2 ans / bénéficiaire
Ostéopathie, chiropractie, éthiopatie et microkinésie	35 € / séance, maxi 3 / an bénéficiaire	55 € / séance, maxi 3 / an / bénéficiaire
Ostéodensitométrie prise en charge ou non par la Sécurité Sociale	100% TM	100% TM
Assistance médicale à la procréation	6% PMSS	6% PMSS
Examen amniocentèse	6% PMSS	6% PMSS
Garantie Assistance	Incluse	Inclus

Grille optique- Réseau Itelis



CATEGORIE	TYPES DE VERRES / équipement	VILOGIA SA	
		Régime de base	Régime optionnel
a)	Par équipement à verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries	Enfant -16 ans : 240 € Enfant 16 et + : 300 € Adulte : 300 €	420 €
b)	Par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	355 €	515 €
c)	Par équipement à verres simples foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs	410 €	610 €
d)	Par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	410 €	610 €
e)	Par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	255 €	705 €
f)	Par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries	525 €	800 €
Pour l'application des montants indiqués ci-dessous, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 100 €			

Ce document est informatif et n'a pas de valeur contractuelle.



09
AD
PP
M
ES

