

# Votre résumé de garanties

Frais de Santé ensemble du personnel

1<sup>er</sup> janvier 2021



## Les bénéficiaires

Un régime dédié à :

- Vous-même, en tant que **salarié de l'entreprise**,
  - Vos ayants droit tels que définis ci-dessous :
- Votre **conjoint non divorcé ni séparé judiciairement**, bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale, n'exerçant pas d'activité professionnelle et ne percevant aucun revenu propre <sup>(1)</sup> tel que défini dans le cadre de l'imposition sur le revenu (une attestation sur l'honneur devra être fournie).

Est assimilé au conjoint, dans le cas où la situation de votre ayant droit ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, votre concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale, n'exerce pas d'activité professionnelle et ne perçoit aucun revenu propre <sup>(1)</sup> tel que défini dans le cadre de l'imposition sur le revenu (une attestation sur l'honneur devra être fournie). Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra être fourni. Le concubin ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.

- Vos **enfants à charge** et ceux de votre conjoint (ou de votre ex-conjoint au profit desquels une pension alimentaire lui a été imposée notamment par décision de justice) :
- À charge au sens de la législation fiscale ou de la législation sur les allocations familiales (ou à celle de votre conjoint),
  - **âgés de moins de 28 ans** et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
  - Âgés de moins de 28 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'Assurance Chômage et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi),



- Quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21<sup>ème</sup> anniversaire.

- Vos **ascendants** (et ceux de votre conjoint) bénéficiant de la Sécurité Sociale sous son numéro d'immatriculation ou bénéficiant de leur propre numéro d'immatriculation, dès lors que ces derniers justifient vivre à votre domicile, n'exercer aucune activité professionnelle et ne percevoir aucun revenu (pension/rente/retraite) tel que défini dans le cadre de l'imposition sur le revenu.

## Conditions d'adhésion du conjoint avec revenus propres <sup>(1)</sup>

Au titre du régime de BASE, vous pouvez demander l'adhésion à l'assurance de votre conjoint non divorcé ni séparé judiciairement, bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale, exerçant une activité professionnelle et/ou percevant des revenus propres <sup>(1)</sup> tels que définis dans le cadre de l'imposition sur le revenu.

Est assimilé au conjoint, dans le cas où la situation de votre ayant droit ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS) ou, à défaut, votre concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale et exerce une activité professionnelle. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra être fourni.

Votre concubin doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.

<sup>(1)</sup> par revenu propre, on entend : traitement/salaire, BIC (Bénéfices Industriels et Commerciaux), BA (Bénéfices Agricoles), BNC (Bénéfices Non Commerciaux)



### **Conditions d'adhésion de votre conjoint avec revenus propres <sup>(1)</sup>**

L'adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la première cotisation et des dispositions suivantes :

- À la date de votre adhésion lorsque votre conjoint ayant des revenus propres <sup>(1)</sup> figure sur votre bulletin individuel d'affiliation initial, ou que Gras Savoye en est informé dans les 30 jours qui suivent votre affiliation,
- À la date à laquelle votre conjoint répond à la définition visée ci-avant, lorsque la demande est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- Dans les cas non visés ci-avant, le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, lorsque la demande est reçue avant le 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente, ou le 1<sup>er</sup> juillet de chaque année, lorsque la demande est reçue avant le 1<sup>er</sup> mai de la même année.

### **Durée de la garantie**

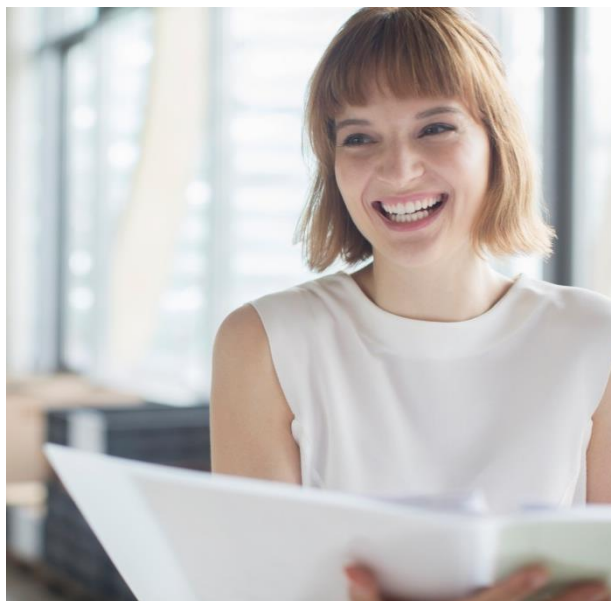
La garantie prend effet à la date d'effet de l'adhésion. Gras Savoye rembourse les soins dont la date de réalisation, figurant sur le décompte de la Sécurité sociale, est comprise entre le début et la fin de la période de garantie.

### **Fin de la garantie**

La garantie prend fin :

- A la date à laquelle votre conjoint ne répond plus à la définition ci-avant,
- Au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel intervient la demande de résiliation de l'adhésion de votre conjoint, sous réserve que ce dernier l'ait notifié à Gras Savoye par lettre recommandée au moins deux mois avant la date précitée. **Toutefois, votre conjoint ne peut pas résilier son adhésion au cours de sa 1<sup>ère</sup> année d'adhésion**, sauf s'il ne répond plus à la définition ci-avant,
- En cas de cessation du paiement des cotisations,
- En cas de cessation de votre couverture, et en particulier, en cas de résiliation de votre régime.

<sup>(1)</sup> par revenu propre, on entend : traitement/salaire, BIC (Bénéfices Industriels et Commerciaux), BA (Bénéfices Agricoles), BNC (Bénéfices Non Commerciaux)



## **Conditions d'adhésion au Régime Surcomplémentaire**

### **Une Surcomplémentaire facultative afin d'augmenter l'ensemble de vos garanties**

Vous avez le choix d'opter pour le régime SURCOMPLEMENTAIRE facultatif Non Responsable au moment de votre embauche ou ultérieurement à tout moment.

En cas de modification de votre situation de famille (*naissance ou adoption d'un enfant à charge, mariage ou divorce, début ou fin de concubinage, début ou fin d'un PACS, décès de l'un de vos ayants droit*), ou en cas de changement professionnel et/ou perte de la couverture obligatoire du conjoint, la date d'admission est fixée au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant la réception de votre demande.

Dans les cas non visés ci-dessus, le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, lorsque la demande est reçue avant le 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente, ou le 1<sup>er</sup> juillet de chaque année, lorsque la demande est reçue avant le 1<sup>er</sup> mai de la même année.

La prise en charge des frais au titre du régime SURCOMPLEMENTAIRE facultatif Non Responsable intervient dès votre date d'admission, sans délai de carence.

**La renonciation au régime SURCOMPLEMENTAIRE facultatif Non Responsable est irrévocable, sauf en cas de changement de situation de famille.**

Si vous avez un conjoint avec revenus d'activité qui adhère au REGIME DE BASE et que vous adhérez au régime SURCOMPLEMENTAIRE, votre conjoint peut faire le choix d'opter ou non pour la SURCOMPLEMENTAIRE.

# Vos garanties



Vous bénéficiez d'un régime de <b>BASE OBLIGATOIRE</b> « RESPONSABLE » et, si vous y adhérez, du régime <b>SURCOMPLEMENTAIRE FACULTATIF</b>		
Garanties en complément de la Sécurité sociale	BASE Obligatoire « responsable »	SURCOMPLEMENTAIRE facultative (y compris la BASE obligatoire)
<b>HOSPITALISATION (#) cf détail page 7</b>		
<b>Frais de séjour</b>		
Etablissements conventionnés	100 % des FR - MR limité à 600 % de la BR	100 % des FR - MR
Etablissements non conventionnés	50 % des FR - MR limité à 600 % de la BR reconstituée (la prise en charge sera au minimum égale à 100 % du TM)	90 % des FR - MR (la prise en charge sera au minimum égale à 100 % du TM)
<b>Honoraires</b>		
Médecins <b>adhérents</b> à l'un des DPTAM	100 % des FR - MR limité à 600 % de la BR	100 % des FR - MR
Médecins <b>non adhérents</b> à l'un des DPTAM ou <b>non conventionné</b>	100 % de la BR + TM	90 % des FR - MR (minimum 100 % du TM)
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	100 % du forfait	100 % du forfait
<b>Forfait actes lourds</b>	100 % du forfait	100 % du forfait
<b>Chambre particulière (par jour)</b>	2,5 % du PMSS	3 % du PMSS
<b>Lit d'accompagnant (par jour)</b> - Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne	1,5 % du PMSS (enfant de moins de 12 ans, dans la limite de 30jours)	2 % du PMSS (enfant de moins de 16 ans dans la limite de 50 jours)
<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations/ visites généralistes - Médecin Secteur 1 ou <b>adhérent</b> à l'un des DPTAM	100 % des FR - MR limité à 150 % de la BR	100 % des FR - MR limité à 150 % de la BR
Consultations/ visites généralistes - Médecin <b>Non adhérent</b> à l'un des DPTAM ou <b>non conventionné</b>	100 % de la BR + TM (50 % des FR - MR limité à 130 % de la BR en non conventionné)	<b>100 % des FR - MR limité à 200 % de la BR</b> <b>(50 % des FR - MR limité à 200 % de la BR en non conventionné)</b>
Consultations/ visites spécialistes - Secteur 1 ou <b>adhérent</b> à l'un des DPTAM	100 % des FR-MR limité à 200 % de la BR	<b>100 % des FR-MR limité à 300 % de la BR</b>
Consultations/ visites spécialistes - <b>Non adhérent</b> à l'un des DPTAM ou <b>non conventionné</b>	100 % de la BR + TM (50 % des FR - MR limité à 130 % de la BR en non conventionné)	<b>100 % des FR-MR limité à 300 % de la BR</b> <b>(50 % des FR - MR limité à 300 % de la BR en non conventionné)</b>
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin de Secteur 1 ou <b>adhérent</b> à l'un des DPTAM	100 % des FR - MR limité à : 477 % du MR si actes pris en charge à 70 % par la SS 400 % du MR si actes pris en charge à 60 % par la SS	<b>100 % des FR - MR limité à 400 % de la BR</b>
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin <b>Non adhérent</b> à l'un des DPTAM ou <b>non conventionné</b>	100 % de la BR + TM	<b>370 % de la BR + TM</b>
<b>Imagerie médicale</b>		
Actes d'imagerie, échographie et doppler pratiqués par un médecin <b>adhérent</b> à l'un des DPTAM	100 % des FR - MR limité à : 477% du MR si actes pris en charge à 70 % par la SS 400% du MR si actes pris en charge à 60 % par la SS	<b>100 % des FR - MR limité à 400 % de la BR</b>
Actes d'imagerie, échographie et doppler pratiqués par un médecin <b>Non adhérent</b> DPTAM ou <b>non conventionné</b>	100 % de la BR + TM	<b>370 % de la BR + TM</b>
<b>Analyses &amp; Examens de laboratoires</b>		
Actes pris en charge par la SS	100 % des FR - MR	100 % des FR - MR
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures podologues pris en charge par la SS	100 % des FR - MR limité à : 477% du MR si actes pris en charge à 70 % par la SS 400% du MR si actes pris en charge à 60 % par la SS	<b>100 % des FR - MR limité à 400 % de la BR</b>
<b>Médicaments</b>		
Médicaments pris en charge par la SS à 65 %, 30 % et 15 %	100 % de la BR - MR	100 % de la BR - MR
Médicaments homéopathiques non pris en charge par la Sécurité Sociale mais prescrits médicalement	60 € par an et par bénéficiaire	60 € par an et par bénéficiaire
<b>Matériel médical</b>		
Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses pris en charge par la SS	100 % des FR - MR limité à 477 % du MR (la garantie est au minimum égale à 100 % du TM)	100 % des FR - MR limité à <b>430 % de la BR</b>



Garanties en complément de la Sécurité sociale	BASE Obligatoire « responsable »	SURCOMPLEMENTAIRE facultative (y compris la BASE obligatoire)
AIDES AUDITIVES - Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.		
Equipements « 100 % santé » (*) (Classe I)	100% des PLV - MR	100% des PLV - MR
Equipements à tarifs libres (Classe II)		
Adulte (bénéficiaire de 21 ans ou plus) par oreille et par période de 4 ans	1 385 € - MR	1 535 € - MR
Enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans) par oreille et par période de 4 ans	1 400 € - MR	1 400 € - MR
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % du TM	100 % du TM
(*) Equipements 100 % Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe I à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L.162-1 du code de la Sécurité Sociale dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L.165-3 du code de la Sécurité Sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité Sociale (MR).		
DENTAIRE		
Soins et Prothèses dentaires « 100% Santé »*	100% des PLV - MR	100% des PLV - MR
Soins hors « 100% Santé » (*)		
Consultations, soins courants, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, radiologie, chirurgie et parodontologie, pris en charge par la SS	100 % des FR - MR limité à 300 % de la BR	100 % des FR - MR limité à 300 % de la BR
Actes de parodontologie non pris en charge par la Sécurité sociale : curetage / surfaçage, greffe gingivale, lambeau	-	10 % du PMSS / an / bénéficiaire
Prothèses hors « 100% Santé »		
Prothèses dentaires à tarifs limités prises en charge par la Sécurité sociale (**)		
Prothèses fixes (couronnes (y compris sur implant) et bridge), prothèses provisoires, prothèses amovibles (y compris appareils transitoires et réparations), inlays core	350 % de la BR limité à 100 % des PLV - MR	435 % de la BR limité à 100 % des PLV - MR
Inlays onlays d'obturation :	300 % de la BR limité à 100 % des PLV - MR	435 % de la BR limité à 100 % des PLV - MR
Prothèses dentaires à tarifs libres prises en charge par la Sécurité sociale (***)		
Prothèses fixes (couronnes (y compris sur implant) et bridge), prothèses provisoires, prothèses amovibles (y compris appareils transitoires et réparations), inlays core	100% des FR-MR limité à 350 % de la BR	100% des FR-MR limité à 435 % de la BR
Inlays onlays d'obturation	100 % des FR - MR limité à 300 % de la BR	100% des FR-MR limité à 435 % de la BR
Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité sociale (couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées)	17 % du PMSS	17 % du PMSS
Orthodontie		
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la SS	300 % de la BR	400 % de la BR
Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la SS, si traitement a débuté entre 16 et 28 ans	-	400 % de la BR reconstituée par an
Implantologie dentaire (racine et pilier implantaire)	17 % du PMSS (dans la limite de 3 implants par an et par bénéficiaire)	42 % du PMSS (dans la limite de 3 implants par an et par bénéficiaire)

(\*) Soins et prothèses 100 % Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité Sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévus à l'article L.162-9 du code de la Sécurité Sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité Sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité Sociale (MR).

(\*\*) Prothèses à tarifs limités : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévus à l'article L.162-9 du Code de la Sécurité Sociale Honoraire Limite de Facturation : HLF) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité Sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité Sociale (MR).

(\*\*\*) Prothèses à tarifs libres : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités.



Garanties en complément de la Sécurité sociale	BASE Obligatoire « responsable »	SURCOMPLEMENTAIRE facultative (y compris la BASE obligatoire)
--	----------------------------------	---

OPTIQUE (\*)

Equipements « 100 % santé » (**) - Monture & Verres de classe A (y compris prestation d'appairage / prestation d'adaptation / supplément pour verres avec filtre)	100% des PLV - MR	100% des PLV - MR
Prestations et équipements « hors 100% Santé » - Monture & Verres de Classe B		
Montant pour 2 verres simples	320 € - MR	320 € - MR
Montant pour 2 verres complexes	600 € - MR	700 € - MR
Montant pour 2 verres très complexes (multifocal à forte correction)	700 € - MR	900 € - MR
Monture	100 € - MR	150 € + 2,5 % du PMSS - MR

Autres prestations optique		
Lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la SS (hors jetables)	5 % du PMSS par paire et par bénéficiaire <i>Au-delà de ce montant, remboursement du TM</i>	5 % du PMSS par paire et par bénéficiaire <b>+ 3 % du PMSS / an et par bénéficiaire.</b> <i>Au-delà de ce montant, remboursement du TM</i>
Lentilles de contact correctrices jetables (y compris celles non prises en charge par la SS)	5 % du PMSS par année civile et par bénéficiaire	8 % du PMSS par année civile et par bénéficiaire
Opération de la myopie (hypermétropie) laser	600 € par œil et par bénéficiaire et par année civile	1 000 € par œil et par bénéficiaire et par année civile

(\*) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la limite mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, soit **tous les ans** pour les enfants de + 6 ans et de - 16 ans ; **tous les 6 mois** pour les enfants de - 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, sinon renouvellement **tous les ans**.

- Exceptions :
- Renouvellement anticipé possible pour raisons médicales
  - 2 équipements autorisés (vision de près et de loin) si intolérance : pour les assurés présentant un déficit de vision de près et de loin et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties prévoient une prise en charge de deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits. Les plafonds de prise en charge des contrats responsables et les périodicités de renouvellement sont applicables à chacun des équipements.

(\*\*) **Equipements 100 % Santé** : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicables pour les verres avec filtre tels que définis au 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale (**MR**)

	BASE Obligatoire « responsable »	SURCOMPLEMENTAIRE facultative (y compris la BASE obligatoire)
--	----------------------------------	---

AUTRES POSTES

Prévention		
Vaccins non pris en charge par la SS, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché,	6 % PMSS par année civile et par bénéficiaire	8 % PMSS par année civile et par bénéficiaire
Test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (Test HPV) non pris en charge par la SS sur la base de :	100 % des FR - MR Dans la limite d'une prise en charge tous les 3 ans	100 % des FR - MR Dans la limite d'une prise en charge tous les 3 ans
Test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test par grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250	600 €	600 €
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.		
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'article D1172-1 du Code de la santé publique	200 € par année civile et par bénéficiaire	200 € par année civile et par bénéficiaire
Connecteurs Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres, sur prescription médicale, une fois dans la vie du contrat	100 € par bénéficiaire	100 € par bénéficiaire
Tout acte de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale	Remboursement identique à celui prévu pour les postes auxquels ils sont rattachés et au minimum 100 % du TM	



Garanties en complément de la Sécurité sociale	BASE Obligatoire « responsable »	SURCOMPLEMENTAIRE facultative (y compris la BASE obligatoire)	
AUTRES POSTES (suite)			
Transport			
Frais pris en charge par la SS	100 % de la BR - MR	100 % de la BR + TM	
Maternité			
Forfait maternité par enfant	20 % du PMSS limité aux Frais réels (la prestation est doublée en cas de naissances multiples)	30 % du PMSS limité aux Frais réels (la prestation est doublée en cas de naissances multiples)	
Cure thermique (frais médicaux, de séjour et de transport pris en charge par la SS)	20 % du PMSS limité aux Frais réels Les honoraires d'un médecin non adhérent à l'un des DPTAM sont plafonnés à TM+100 % de la BR	40 % du PMSS limité aux Frais réels	
Médecines non conventionnelles (non prises en charge par la SS ; il convient de nous transmettre l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n° ADELI, RPPS ou le n° FINESS du praticien sera demandé)			
Actes thérapeutiques de chiropracteur et d'ostéopathe	50 € par séance (dans la limite de 5 séances par année civile et par bénéficiaire)	50 € par séance	(dans la limite de 5 séances par année civile et par bénéficiaire)
Actes thérapeutiques d'étiopathe	néant	40 € par séance	
Actes thérapeutiques d'acupuncteur	Montant global de 120 € par année civile et par bénéficiaire	40 € par séance	
Diététicien prescrit, enfant de moins de 12 ans		Base + 30 € par an et par bénéficiaire	
Bilan de prophylaxie dentaire (test salivaire) prescrit par un médecin		Idem Base	
Sevrage tabagique		Base + 50 € par an et par bénéficiaire	
Psychomotricien		Base + 50 € pour un bilan + 20 € par séance (dans la limite de 5 séances)	
Diététicien		Idem Base	
Psychologue		Idem Base	
Pédicure-podologue		Idem Base	

(#) Au titre de la garantie HOSPITALISATION, nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.

L'indemnisation des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale est limitée à 60 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà de 60 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur. Cette limitation ne s'applique pas au forfait journalier.



	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Reste à charge <sup>(1)</sup>	
		Remboursement complémentaire BASE Obligatoire « responsable »	Remboursement complémentaire BASE + SURCOMPLEMENTAIRE facultative
Hospitalisation			
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés pour une opération chirurgicale de la cataracte <sup>(2)</sup>	355,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres pour une opération chirurgicale de la cataracte <sup>(3)</sup>	431,00 €	0,00 €	0,00 €
Soins courants			
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	1,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	1,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maitrisé <sup>(2)</sup>	44,00 €	1,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres <sup>(3)</sup>	56,00 €	11,00 €	1,00 €
Aides auditives			
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% Santé) - pour un adulte de 21 ans et plus	1100,00 €	0,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II à tarifs libres par oreille - pour un adulte de 21 ans et plus	1476,00 €	91,00 €	0,00 €
Dentaire			
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 €	0,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	87,20 €	0,00 €
Optique			
Equipement optique de classe A (monture & 2 verres unifocaux) Equipement 100% Santé	125,00 €	0,00 €	0,00 €
Equipement optique de classe B à tarifs libres (monture & 2 verres unifocaux)	345,00 €	0,00 €	0,00 €

(1) Somme restant à payer après remboursement de la Sécurité sociale et de votre complémentaire santé Gras Savoye  
(2) Adhérent à l'un des DPTAM (OPTAM ou OPTAM-CO)  
(3) Non adhérent à l'un des 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 »



La téléconsultation

Quand on a besoin de consulter un médecin, c'est souvent rapidement : **7j /7 24h /24, vous et vos ayants-droit bénéficiez d'une consultation médicale avec un médecin et, si nécessaire, d'une ordonnance.** Consultation à distance effectuée par un médecin inscrit à l'Ordre des Médecins et protégée par le secret médical.

Depuis la France


36 33

Service gratuit + prix appel

Depuis l'étranger

+33 1 55 92 27 54

Service gratuit + prix appel



[www.bonjourdocteur.com](http://www.bonjourdocteur.com)  
Consultation en audio, visio ou chat

L'assistance

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 :

01 72 59 51 60

Non surtaxé  
Prix d'un appel local

Lors de votre appel, le numéro de protocole ci-après vous sera demandé : **5000179\*02**





## Je ne communique jamais le montant de mes garanties aux praticiens !

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



## Demandez plusieurs devis et faites-les analyser par Gras Savoye !

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



## Ayez le réflexe « médicaments génériques » !

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



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

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





## SS : Sécurité sociale

### MR = Montant Remboursé par la Sécurité sociale

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

**FR : Frais Réels**, montant facturé par le prestataire de santé. La somme des remboursements de la Sécurité sociale et de la complémentaire ne peut dépasser ce montant.

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




**TM : Ticket Modérateur**, reste à charge après remboursement de la Sécurité sociale, hors dépassement d'honoraires, franchise et pénalité.

### PMSS : Plafond Mensuel 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).

**PLV : Prix Limite de Vente**, 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



**01 84 94 01 12**

Service gratuit  
+ prix appel

Du lundi au vendredi de 8h à 20h



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



[serviceclient@grassavoye.com](mailto:serviceclient@grassavoye.com)



Appli Santé Gras Savoye



Gras Savoye Santé  
TSA 84 256  
77 283 AVON CEDEX

