

Ce régime **Facultatif** est à destination des assurés sortant de la société :

**Retraités, invalides, licenciés et ayants-droits d'assurés décédés maintenus pendant 1 an.**

Le régime est composé d'un contrat de base obligatoire et d'un régime optionnel à adhésion facultative. Pour améliorer votre couverture, vous pouvez choisir d'adhérer au régime optionnel. Un formulaire est disponible auprès de votre DAP (Direction Administrative du Personnel).

En complément des prestations versées par la Sécurité sociale	Régime de Base obligatoire responsable	Régime optionnel facultatif responsable Sous déduction du régime socle
<b>HOSPITALISATION (y compris maternité)</b>		
<b>Honoraires, actes et soins</b>		
Médecins du secteur 1 ou 2 adhérents DPTAM	100 % du TM + 380 % de la BR	100 % du TM + 380 % de la BR
Médecins non adhérents DPTAM conventionné ou non	100 % du TM + 100 % de la BR	100 % du TM + 100 % de la BR
<b>Forfait Actes Lourds</b>		
Frais de séjour (Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité Sociale)	Frais Réels	Frais Réels
Forfait journalier hospitalier	100 % du TM	100 % du TM + 380 % de la BR
Forfait patient urgences (Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation)	Frais Réels	Frais Réels
Chambre particulière avec nuitée (Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention).	Frais Réels	Frais Réels
Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie (Hors box d'hospitalisation)	65 € / jour	80 € / jour
Frais d'accompagnement (Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation.	50 € / jour	80 € / jour
Frais maisons de parents pour enfant hospitalisé. (Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat.)	1,5 % du PMSS / jour d'hospitalisation	2 % du PMSS / jour d'hospitalisation
<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations, visites généralistes Secteur 1 ou 2 adhérent DPTAM	100 % du TM + 30 % de la BR	100 % du TM + 170 % de la BR
Consultations, visites généralistes - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	100 % du TM + 10 % de la BR	100 % du TM + 100 % de la BR
Consultations, visites spécialistes - Secteur 1 ou 2 adhérent DPTAM	100 % du TM + 100 % de la BR	100 % du TM + 170 % de la BR
Consultations, visites spécialistes - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	100 % du TM + 80 % de la BR	100 % du TM + 100 % de la BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Sages-femmes (si BR 70%)	100 % du TM + 30 % de la BR	100 % du TM + 170 % de la BR
Sages-femmes (si BR 60%)	100 % du TM + 30 % de la BR	100 % du TM + 170 % de la BR
Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	100 % du TM + 20 % de la BR	100 % du TM + 260 % de la BR
Analyses & Examens de laboratoires (Pris en charge par la Sécurité sociale)	100 % du TM	100 % du TM + 270 % de la BR
<b>Actes d'imagerie (Radiographie, scanner, IRM - Echographie ou doppler)</b>		
Radiologie / Echographie - Secteur 1 ou 2 adhérent DPTAM	100 % du TM + 100 % de la BR	100 % du TM + 270 % de la BR
Radiologie / Echographie - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	100 % du TM + 80 % de la BR	100 % du TM + 100 % de la BR
<b>Actes techniques médicaux et de chirurgie</b>		
Actes de chirurgie / technique - Secteur 1 ou 2 adhérent DPTAM	100 % du TM + 100 % de la BR	100 % du TM + 270 % de la BR
Actes de chirurgie / technique - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	100 % du TM + 80 % de la BR	100 % du TM + 100 % de la BR
<b>Participation du patient</b>		
Médicaments remboursés par la SS	Frais Réels	Frais Réels
Matériel médical inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)	100 % du TM	100 % du TM
Matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - ateliers, lits médicaux, accessoires, ...	100 % du TM + 100 % de la BR	100 % du TM + 360 % de la BR
Prothèses capillaires et implants mammaires remboursés par l'A.M.O.	100 % de la BR	360 % de la BR
<b>Transports</b>		
Transports prescrits et remboursés par la SS	100% TM	100 % du TM + 260 % de la BR
<b>DENTAIRE</b>		
Plafond dentaire par an par bénéficiaire (hors soins et prothèses "100 Santé") Au-delà du forfait prise en charge du TM + 25 % de la BR pour les prothèses dentaires remboursées par la SS	Plafond global de remboursement de 50% du PMSS pour les actes dentaires définis ci-dessous	Plafond global de remboursement de 100% du PMSS pour les actes dentaires définis ci-dessous
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	100 % du TM	100 % du TM + 170 % de la BR
Orthodontie remboursée par la SS	100% du TM + 180 % de la BR	100% du TM + 200 % de la BR
Soins et prothèses dentaires « 100 santé » <sup>(1)</sup>	<b>100% HLF (Sécurité sociale + complémentaire santé)</b>	<b>100% HLF (Sécurité sociale + complémentaire santé)</b>
<b>Prothèses (hors 100% Santé) (ensemble des actes prothétiques inscrits à la CCAM)</b>		
<b>Panier à honoraires maîtrisés <sup>(2)</sup> (Dans la limite des honoraires limites de facturation)</b>		
Inlays onlays	100 % du TM + 200 % de la BR	100 % du TM + 270 % de la BR
Inlays cores	100 % du TM + 100 % de la BR	100 % du TM + 170 % de la BR
Autres prothèses remboursés par la SS	100 % du TM + 250 % de la BR	100 % du TM + 370 % de la BR
<b>Panier à honoraires libres <sup>(3)</sup></b>		
Inlays onlays	100 % du TM + 200 % de la BR	100 % du TM + 270 % de la BR
Inlays cores	100 % du TM + 100 % de la BR	100 % du TM + 170 % de la BR
Autres prothèses remboursés par la SS	100 % du TM + 250 % de la BR	100 % du TM + 370 % de la BR
<b>Autres actes dentaires non remboursés par la Sécurité Sociale</b>		
Orthodontie non remboursée par la SS	180 % de la BRR (y compris adulte)	200 % de la BRR (y compris adulte)
Implants (pose de l'implant)	250 € / implant limité à 2 / an / bénéficiaire	300 € / implant limité à 3 / an / bénéficiaire
Faux moignons implantaires	-	100 € / faux moignons implantaires limité à 3 / an / bénéficiaire
Parodontologie - Forfait / an / bénéficiaire	150 €	200 €
Actes prothétiques (couronne et pilier de bridge sur dents non délabrées/vivantes)	250 € / acte	430 € / acte
<i>(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.</i>		
<i>(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.</i>		
<i>(3) cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités</i>		
<b>AIDES AUDITIVES - Prise en charge d'une prothèse / oreille / période de 4 ans de date à date</b>		
<b>Équipements « 100 % santé » <sup>(1)</sup> de classe I</b>		
Équipements « hors 100% Santé » de classe I - Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	100% PLV (SS + complémentaire santé)	100% PLV (SS + complémentaire santé)
Équipements « hors 100% Santé » de classe II - Aides auditives plus de 20 ans	100% TM + 200% BR / appareil, dans la limite de 1700 € - SS	100% TM + 360% BR / appareil, dans la limite de 1700 € - SS
Équipements « hors 100% Santé » de classe II - Aides auditives plus de 20 ans	100% TM + 200% BR / appareil, dans la limite de 1700 € - SS	100% TM + 360% BR / appareil, dans la limite de 1700 € - SS
Consommables et accessoires (piles, embouts ...) pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	100% TM
<i>(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</i>		
<b>MATERNITE</b>		
<b>MATERNITE - ADOPTION - Forfait versé une fois par enfant, sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption et de justificatifs de dépenses</b>		
	5 % P.M.S.S.	11,67 % du PMSS
<b>PRÉVENTION, BIEN ÊTRE</b>		
<b>Actes de prévention</b>		
	OUI	OUI
<b>FORFAIT GLOBAL MEDECINE DOUCE - Ostéopathie (Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL)</b>		
	20 € / séance dans la limite de 3 séances / an / bénéficiaire	35 € / séance dans la limite de 3 séances / an / bénéficiaire
<b>Cures Thermales remboursées par la SS - Forfait (soins, transport, hébergement) Pour le transport et l'hébergement non remboursés par la SS, versé sur présentation de justificatifs de dépenses</b>		
	15 % du PMSS / an / bénéficiaire	30 % du PMSS / an / bénéficiaire

**SS** : Sécurité sociale - **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux visant à décrire l'ensemble des actes réalisés par les professionnels de santé - **FR** : Frais Réels, montant facturé par le prestataire de santé. La somme des remboursements de la Sécurité sociale et de la complémentaire ne peut dépasser ce montant. - **BR** : Base de Remboursement, tarif défini par la Sécurité sociale pour un acte sur la base duquel sont remboursés les prestations. - **TM** : Ticket Modérateur, reste à charge après remboursement de la Sécurité sociale, hors dépassement d'honoraires, franchise et pénalité. - **PMSS / PASS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale / Plafond Annuel de la Sécurité sociale - **DPTAM (Dispositif Pratique Tarifaire Maîtrisée)** : Dispositif par lequel certains médecins s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions prévues par la convention signée avec l'Assurance maladie. Les honoraires d'un médecin adhérent DPTAM sont à ce titre mieux remboursés. Retrouvez le praticien adhérent DPTAM le plus proche de chez vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/> - **Prix Limite de Vente (PLV)** : prix maximum devant être appliqués par les opticiens et audioprothésistes. - **Honoraire Limite de Facturation (HLF)** : montant maximum pouvant être facturés par les chirurgiens-dentistes - **Réforme 100% santé** : désormais chez votre professionnel de santé (chirurgien-dentiste, audioprothésiste, opticien), vous avez la possibilité d'être 100% remboursé. Pour en savoir plus, n'hésitez à vous rendre sur notre page « 100% santé » sur [www.witiwi.fr](http://www.witiwi.fr)

OPTIQUE		
Equipements « 100 % santé » (Monture & Verres de classe A) <sup>(1)</sup> (y compris prestation d'appairage / prestation d'adaptation / supplément pour verres avec filtre)	100% des Prix Limites de Vente (SS + Complémentaire Santé)	100% des Prix Limites de Vente (SS + Complémentaire Santé)
<b>Prestations et équipements Hors 100% Santé (Monture &amp; Verres de classe B)</b>		
Monture	100€ (y compris Sécurité Sociale)	100€ (y compris Sécurité Sociale)
Grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique
<b>Prestations d'adaptation</b>	100% PLV (SS + complémentaire santé)	100% PLV (SS + complémentaire santé)
<b>Lentilles correctrices</b>		
Lentilles correctrices remboursées ou non par la SS (y compris jetables) - Au-delà du forfait, prise en charge au TM pour les lentilles remboursées SS	6 % du PMSS par an et par bénéficiaire (y compris Sécurité Sociale pour les lentilles remboursées)	7 % du PMSS par an et par bénéficiaire (y compris Sécurité Sociale pour les lentilles remboursées)
<b>Chirurgie Refractive</b>	9 % du PMSS par oeil et par bénéficiaire	9 % du PMSS par oeil et par bénéficiaire

(1) 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.

1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité Sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.  
Possibilité de combiner des équipements de Classe A et Classe B (verres classe A + monture classe B, et inversement)

\*Adulte : sont compris dans les adultes les enfants de 16 ans et plus

Verres unifocaux (simple foyer) - Forfait par verre et par bénéficiaire					
Type de verre	Sphère	Cylindre / Sphère + Cylindre (S+C)	REGIME DE BASE	OPTION 1	
				Adulte*	Enfant
- Classe 1	Entre -4 et +4	De 0 à 2	95 €	97 €	95 €
- Classe 2	De -6 à -4,25	De 0 à 2	110 €	116 €	110 €
	De -6 à -0,25	De 2,25 à 4			
	De +4,25 à +6	De 0 à 2 et S+C ≤ 6			
- Classe 3	De 0 à +4	De 2,25 à 6 et S+C ≤ 6	135 €	139 €	135 €
	De -8 à -6,25	De 0 à 4			
	De -8 à 0	≥ 4,25			
- Classe 4	De 0 à +8	S+C > 6	180 €	180 €	180 €
	Hors zone de -8,25 à +8,25	Tous cylindres			

Verres multifocaux ou progressifs - Forfait par verre et par bénéficiaire					
Type de verre	Sphère	Cylindre / Sphère + Cylindre (S+C)	REGIME DE BASE	OPTION 1	
				Adulte*	Enfant
- Classe 1	Entre -4 et +4	De 0 à 2	185 €	190 €	185 €
- Classe 2	De -8 à -4,25	De 0 à 2	200 €	206 €	200 €
	De -8 à -0,25	De 2,25 à 4			
	De +4,25 à +8	De 0 à 2 et S+C ≤ 8			
	De 0 à +5,75	De 2,25 à 8 et S+C ≤ 8			
- Classe 3	De -8 à 0	≥ 4,25	225 €	225 €	225 €
	De 0 à +8	S+C > 8			
- Classe 4	Hors zone de -8,25 à +8,25	Tous cylindres	250 €	254 €	250 €

## Le réseau Carte Blanche



Rendez-vous chez un professionnel de santé partenaire Carte Blanche 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 Carte Blanche. Bénéficiez des garanties incluses lors de votre achat chez un partenaire telles que,

- Casse verres et monture : 2 ans
- Adaptation des verres unifocaux et multifocaux : 6 mois
- Traitement antireflet : 2 ans



Connectez vous sur [www.witiwi.fr](http://www.witiwi.fr) puis cliquez sur « trouver un praticien »

## Les bénéficiaires

Les bénéficiaires des garanties souscrites sont assurés pour les frais de santé engagés pour eux-mêmes. Ces bénéficiaires sont, sous réserve de dérogations spécifiques :

- Le salarié régulièrement affilié
- Les ayants droit inscrits sur le bulletin d'affiliation du salarié, lors de l'affiliation ou suite à une demande ultérieure, sous réserve que leur affiliation soit prévue aux conditions particulières
- Ces ayants droit peuvent être le conjoint (adhésion facultative avec cotisation supplémentaire), les enfants à charge et les ascendants à charge fiscale

**Définition du conjoint :** Est considéré comme conjoint :

- Le conjoint du salarié non séparé de corps judiciairement,
- En l'absence de conjoint(e), le partenaire lié au salarié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- En l'absence de conjoint(e) ou de partenaire PACS, le concubin : personne vivant sous le même toit que le salarié, libre de tout lien marital ou lien de PACS, entretenant une relation stable et continue avec le salarié.

**Définition des personnes à charge :** Sont considérés comme enfants à charge, les enfants reconnus, adoptés ou recueillis du salarié, de son conjoint ou partenaire PACS ou concubin, qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- Etre âgé de moins de 18 ans,
- Etre âgé de moins de 28 ans, primo demandeur d'emploi, inscrit comme demandeur d'emploi au pôle emploi et ayant terminé ses études depuis moins de 6 mois,
- Etre âgé de moins de 28 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, affiliés à un régime de Sécurité sociale, sous contrat d'insertion professionnelle, notamment :
  - Emploi jeunes, formation en alternance, en apprentissage, ou contrat de professionnalisation
- Etre âgé de moins de 28 ans et inscrit au régime de la Sécurité sociale des étudiants.
- Quel que soit son âge, s'il est atteint d'une infirmité permanente l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunérée et sous réserve qu'il perçoive une des allocations pour adulte handicapé (loi du 30 juin 1975) ;
- Sont considérés comme personnes à charge les ascendants du salarié et/ou ceux de son conjoint, concubin ou partenaire PACS, à charge fiscalement.

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

## Vos services

Votre contrat Santé inclut les services suivants :

**Assistance IMA :**

Téléphone : +33 (0)5 49 76 98 20 / +355 49 76 98 20 depuis l'étranger  
SMS : 07 55 53 20 50 - Réservé aux personnes malentendantes  
Email : [das@ima.eu](mailto:das@ima.eu)

**Médecin Direct – Consultation médicale à distance**

- Site Internet : [www.medicindirect.fr](http://www.medicindirect.fr)
- Application mobile téléchargeable sur « App Store » ou « Google Play »
- L'ouverture du compte se fait grâce à l'adresse mail personnelle du salarié, ainsi que le numéro d'adhérent indiqué sur la carte d'adhérent à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2022

**Le Fonds de solidarité AESIO Mutuelle**

Vous rencontrez des difficultés financière liées à des dépenses de santé ? Vous êtes contraints de renoncer à des soins à cause d'un reste à charge trop important ? Vous pouvez solliciter le fonds de solidarité AESIO Mutuelle.  
[Comment les contacter ?](#)

Par email : [fondsocial@aesio.fr](mailto:fondsocial@aesio.fr)  
Par Courrier : AESIO Mutuelle – Département des fonds sociaux  
393 rue de l'Hostellerie – 30018 Nîmes Cedex9

## Nous contacter



0972 722 300

Service gratuit + prix appel

Du lundi au vendredi de 8h à 20h



[eliorsante@grassavoie.com](mailto:eliorsante@grassavoie.com)



Appli Santé Gras Savoye



Gras Savoye Santé  
TSA 84 256  
77 283 AVON CEDEX



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

GRAS SAVOYE, société de courtage d'assurance et de réassurance  
Siège Social : Immeuble Quai 33, 33/34 quai de Dion-Bouton, CS 70001, 92814 Puteaux Cedex.  
Tél : 01 41 43 50 00. Télécopie : 01 41 43 55 55. <http://www.grassavoie.com>.

Société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 euros, 311 248 637 RCS Nanterre, N° FR 61311248637.  
Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 001 707 (<http://www.orias.fr>).

Gras Savoye est soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09



#### Le contrat SANTE+ permet d'améliorer vos remboursements

Il ne peut être souscrit qu'en complément des adhésions au régime de base obligatoire et au régime optionnel facultatif.

Les prestations indiquées ne peuvent excéder les frais réellement engagés.

Elles sont limitées à la différence entre les frais exposés et les remboursements déjà effectués par la Sécurité sociale ou tout autre organisme assimilé et par le régime socle obligatoire et le régime optionnel facultatif.

En complément des prestations versées par la Sécurité sociale	SANTE+ Sous déduction du régime de base et de l'option 1
<b>HOSPITALISATION (y compris maternité)</b>	
Honoraires, actes et soins	
Médecins du secteur 1 ou 2 adhérents DPTAM	100 % du TM + 480 % de la BR
Médecins non adhérents DPTAM conventionné ou non	100 % du TM + 480 % de la BR
<b>Forfait Actes Lourds</b>	
Frais Réels	
<b>Frais de séjour (Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité Sociale)</b>	100 % du TM + 480 % de la BR
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Frais Réels	
<b>Forfait patient urgences (Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation)</b>	
Frais Réels	
<b>Chambre particulière avec nuitée (Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention).</b>	80 € / jour
<b>Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie (Hors box d'hospitalisation)</b>	-
<b>Frais d'accompagnement (Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Frais maisons de parents pour enfant hospitalisé. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat.)</b>	2 % du PMSS / jour d'hospitalisation
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations, visites généralistes Secteur 1 ou 2 adhérent DPTAM	100 % du TM + 270 % de la BR
Consultations, visites généralistes - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	100 % du TM + 270 % de la BR
Consultations, visites spécialistes - Secteur 1 ou 2 adhérent DPTAM	100 % du TM + 270 % de la BR
Consultations, visites spécialistes - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	100 % du TM + 270 % de la BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Sages-femmes (si BR 70%)	100 % du TM + 270 % de la BR
Sages-femmes (si BR 60%)	100 % du TM + 260 % de la BR
Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	100 % du TM + 360 % de la BR
<b>Analyses &amp; Examens de laboratoires (Pris en charge par la Sécurité sociale)</b>	100 % du TM + 360 % de la BR
<b>Actes d'imagerie (Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler)</b>	
Radiologie / Echographie - Secteur 1 ou 2 adhérent DPTAM	100 % du TM + 370 % de la BR
Radiologie / Echographie - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	100 % du TM + 370 % de la BR
<b>Actes techniques médicaux et de chirurgie</b>	
Actes de chirurgie / technique - Secteur 1 ou 2 adhérent DPTAM	100 % du TM + 370 % de la BR
Actes de chirurgie / technique - Non adhérent DPTAM ou non conventionné	100 % du TM + 370 % de la BR
<b>Participation du patient</b>	
Frais Réels	
Médicaments remboursés par la SS	100 % du TM
<b>Matériel médical inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)</b>	
Matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - attelles, lits médicaux, accessoires, ...	100 % du TM + 560 % de la BR
Prothèses capillaires et implants mammaires remboursés par l'A.M.O.	600% de la BR.
<b>Transports</b>	
Transports prescrits et remboursés par la SS	100 % du TM + 365 % de la BR
<b>DENTAIRE</b>	
Plafond dentaire par an par bénéficiaire (hors soins et prothèses "100 % Santé") Au-delà du forfait prise en charge du TM + 25 % de la BR pour les prothèses dentaires remboursées par la SS	Plafond global de remboursement de 100% du PMSS pour les actes dentaires définis ci-dessous
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	100 % du TM + 170 % de la BR
Orthodontie remboursée par la SS	100% du TM + 300 % de la BR
<b>Soins et prothèses dentaires « 100 % santé » <sup>(1)</sup></b>	<b>100% HLF (Sécurité sociale + complémentaire santé)</b>
<b>Prothèses (hors 100% Santé) (ensemble des actes prothétiques inscrits à la CCAM)</b>	
<b>Panier à honoraires maîtrisés <sup>(2)</sup> (Dans la limite des honoraires limites de facturation)</b>	
Inlays onlays	100 % du TM + 440 % de la BR
Inlays cores	100 % du TM + 170 % de la BR
Autres prothèses remboursés par la SS	100 % du TM + 440 % de la BR
<b>Panier à honoraires libres <sup>(3)</sup></b>	
Inlays onlays	100 % du TM + 440 % de la BR
Inlays cores	100 % du TM + 170 % de la BR
Autres prothèses remboursés par la SS	100 % du TM + 440 % de la BR
<b>Autres actes dentaires non remboursés par la Sécurité Sociale</b>	
Orthodontie non remboursée par la SS	300 % de la BR (y compris adulte)
Implants (pose de l'implant)	610 € / implant limité à 3 / an / bénéficiaire
Faux moignons implantaires	200 € / racine limité à 3 / an / bénéficiaire
Parodontologie - Forfait / an / bénéficiaire	250 €
Actes prothétiques (couronne et pilier de bridge sur dents non délabrées/vivantes)	505,25 € / acte
<i>(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.</i>	
<i>(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.</i>	
<i>(3) cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités</i>	
<b>AIDES AUDITIVES - Prise en charge d'une prothèse / oreille / période de 4 ans de date à date</b>	
<b>Equipements « 100 % santé » <sup>(1)</sup> de classe I</b>	
100% PLV (SS + complémentaire santé)	
Equipements « hors 100% Santé » de classe II - Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	560% BR / appareil, dans la limite de 1700 € - SS
Equipements « hors 100% Santé » de classe II - Aides auditives plus de 20 ans	560% BR / appareil, dans la limite de 1700 € - SS
Consommables et accessoires (piles, embouts ...) pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM
<i>(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</i>	
<b>MATERNITE</b>	
<b>MATERNITE - ADOPTION - Forfait versé une fois par enfant, sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption et de justificatifs de dépenses</b>	17,5% du PMSS
<b>PRÉVENTION, BIEN ÊTRE</b>	
Actes de prévention	
OUI	
<b>FORFAIT GLOBAL MEDECINE DOUCE - Ostéopathie (Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI)</b>	35 € / séance dans la limite de 3 séances / an / bénéficiaire
Cures Thermales remboursées par la SS - Forfait (soins, transport, hébergement)	
Pour le transport et l'hébergement non remboursés par la SS, versé sur présentation de justificatifs de dépenses	30 % du PMSS / an / bénéficiaire

OPTIQUE	
Équipements « 100 % santé » (Monture & Verres de classe A) <sup>(1)</sup> (y compris prestation d'appairage / prestation d'adaptation / supplément pour verres avec filtre)	100% des Prix Limites de Vente (SS + Complémentaire Santé)
Prestations et équipements Hors 100% Santé (Monture & Verres de classe B)	
Monture	193€ (y compris Sécurité Sociale)
Grille optique	Voir grille optique
Prestations d'adaptation	100% PLV (SS + complémentaire santé)
Lentilles correctrices	
Lentilles correctrices remboursées ou non par la SS (y compris jetables) - Au-delà du forfait, prise en charge au TM pour les lentilles remboursées SS	9 % du PMSS par an et par bénéficiaire (y compris Sécurité Sociale pour les lentilles remboursées)
Chirurgie Refractive	10 % du PMSS par oeil et par bénéficiaire

(1) 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.

1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale).

1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.  
Possibilité de combiner des équipements de Classe A et Classe B (verres classe A + monture classe B, et inversement)

### Lexique

- Sphère : la correction principale
- Cylindre : permet de corriger l'astigmatisme

Verres unifocaux (simple foyer) - Forfait par verre et par bénéficiaire			
Type de verre	Sphère	Cylindre / Sphère + Cylindre (S+C)	SANTE +
- Classe 1	Entre -4 et +4	De 0 à 2	122 €
	De -6 à -4,25	De 0 à 2	
- Classe 2	De -6 à -0,25	De 2,25 à 4	138 €
	De +4,25 à +6	De 0 à 2 et S+C ≤ 6	
	De 0 à +4	De 2,25 à 6 et S+C ≤ 6	
- Classe 3	De -8 à -6,25	De 0 à 4	161 €
	De -8 à 0	≥ 4,25	
	De 0 à +8	S+C > 6	
- Classe 4	Hors zone de -8,25 à +8,25	Tous cylindres	203 €
Verres multifocaux ou progressifs - Forfait par verre et par bénéficiaire			
Type de verre	Sphère	Cylindre / Sphère + Cylindre (S+C)	SANTE +
- Classe 1	Entre -4 et +4	De 0 à 2	274 €
	De -8 à -4,25	De 0 à 2	
- Classe 2	De -8 à -0,25	De 2,25 à 4	306 €
	De +4,25 à +8	De 0 à 2 et S+C ≤ 8	
	De 0 à +5,75	De 2,25 à 8 et S+C ≤ 8	
- Classe 3	De -8 à 0	≥ 4,25	338 €
	De 0 à +8	S+C > 8	
- Classe 4	Hors zone de -8,25 à +8,25	Tous cylindres	386 €

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

Le régime Santé + ne peut être souscrit qu'en complément des adhésions au régime de base obligatoire et au régime optionnel facultatif.

### Important :

Les prestations indiquées ne peuvent excéder les frais réellement engagés.

Elles sont limitées à la différence entre les frais exposés et les remboursements déjà effectués par la Sécurité sociale ou tout autre organisme assimilé et par le régime base obligatoire et le régime optionnel facultatif.

### Modalités d'adhésion

L'adhésion au régime Santé + est facultative. Il suffit de compléter la demande de souscription disponible auprès de votre Direction Administrative du Personnel (DAP) ou auprès de Gras Savoye.

### La période d'attente

Les garanties sont acquises le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de votre demande si vous optez pour le contrat Santé + dans les 2 mois suivant la date d'affiliation au régime de base. Dans le cas contraire les garanties sont acquises dès le 1<sup>er</sup> jour du 4<sup>ème</sup> mois suivant la réception de votre demande.

### La cessation des garanties

- automatiquement, en cas de rupture du contrat de travail (départ en retraite, démission, licenciement...),
- en cas de résiliation de l'adhésion par courrier recommandé.

### Modalités de résiliation du régime Santé +

Toute résiliation est **définitive**. Elle ne peut intervenir **qu'après une année complète d'adhésion au régime Santé +** et au plus tôt, le 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant la réception de votre demande.

Le régime Santé + est automatiquement résilié si vous résiliez votre adhésion au régime optionnel facultatif.

## Quel est le coût de ma couverture ?

Cotisations mensuelles TTC, en pourcentage du Plafonds Mensuel de la Sécurité Sociale		BASE		OPTION FACULTATIVE <sup>1</sup>		SANTE+ <sup>2</sup>	
		RG	RL	RG	RL	RG	RL
1 <sup>ère</sup> année d'adhésion	Ancien salarié + Enfant(s)	2,085%	1,507%	0,735%	0,735%	1,389%	1,389%
	Conjoint (extension facultative)	1,857%	1,408%	0,655%	0,655%	1,236%	1,236%
2 <sup>ème</sup> année d'adhésion	Ancien salarié + Enfant(s)	2,606%	1,884%	0,919%	0,919%	1,736%	1,736%
	Conjoint (extension facultative)	2,321%	1,760%	0,819%	0,819%	1,545%	1,545%
3 <sup>ème</sup> année d'adhésion	Ancien salarié + Enfant(s)	3,128%	2,261%	1,103%	1,103%	2,084%	2,084%
	Conjoint (extension facultative)	2,786%	2,112%	0,983%	0,983%	1,854%	1,854%

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale est de 3 428 € au 1<sup>er</sup> janvier 2022

(1) La cotisation de l'option facultative s'additionne à celle de base

(2) La cotisation du SANTE+ s'additionne à celle de base et à celle de l'option 1

## Nous contacter



0972 722 300

Service gratuit + prix appel

Du lundi au vendredi de 8h à 20h



eliorsante@grassavoie.com



Appli Santé Gras Savoye



Gras Savoye Santé  
TSA 84 256  
77 283 AVON CEDEX



www.witiwi.fr

GRAS SAVOYE, société de courtage d'assurance et de réassurance  
Siège Social : Immeuble Quai 33, 33/34 quai de Dion-Bouillon, CS 70001, 92814 Puteaux Cedex.  
Tél : 01 41 43 50 00. Télécopie : 01 41 43 55 55. <http://www.grassavoie.com>.  
Société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 euros. 311 248 637 RCS Nanterre. N° FR 61311248637.  
Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 001 707 (<http://www.oriass.fr>).  
Gras Savoye est soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09

