

Votre résumé de garanties

Frais de Santé ensemble du personnel

1^{er} janvier 2021



L'objet de cette brochure est de vous présenter les prestations santé et services associés auxquels vous avez droit ainsi que leurs conditions d'application.

Les bénéficiaires

Un régime dédié à :

- Vous-même, assuré social, salarié de l'entreprise,
- Votre conjoint marié/concubin/pacsé adhérent
- Les enfants fiscalement à charge du participant, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un PACS tels que définis ci-après:
 - Les enfants mineurs, non-salariés, fiscalement à sa charge, que ces enfants soient légitimes, naturels, reconnus ou adoptés,
 - Les enfants majeurs, âgés de moins de 26 ans, non-salariés reconnus à charge par l'Administration fiscale, poursuivant leurs études dans le cycle secondaire ou dans un établissement permettant leur affiliation au régime Etudiants de la Sécurité Sociale,
 - Les enfants « handicapés » si, après leur 18ème anniversaire, ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil et bénéficiaires de l'allocation spéciale des adultes handicapés,
 - Les enfants sous contrat en alternance ayant leur propre numéro d'identification au Régime Général de la Sécurité Sociale,

Les enfants du participant sont assimilés aux enfants fiscalement à charge si le participant étant divorcé est astreint par décision de justice au paiement d'une pension alimentaire.



Les règles d'adhésion pour votre conjoint

Vous pouvez à titre facultatif affilier votre conjoint au 1er janvier de chaque année, sauf embauche en cours d'année.

- Votre conjoint marié/concubin/pacsé qui a des revenus = cotisation payante supplémentaire (2,38% du PMSS en régime général ou 1,35% du PMSS en régime Alsace Moselle)
- Votre conjoint marié/concubin/pacsé sans revenus = gratuit

Un engagement pour 1 an (jusqu'au 31 décembre).

Vous pouvez dénoncer l'affiliation de celui-ci, à chaque échéance annuelle du 31 décembre avec un préavis de deux mois avant la fin de l'exercice civil.

Votre conjoint, une fois radié, ne peut plus bénéficier des garanties au titre de votre contrat. La radiation est définitive.

Sur-complémentaire

Une sur-complémentaire obligatoire afin de conserver un niveau de remboursement optimal en cas d'hospitalisation et de soins médicaux courants





Vous bénéficiez d'un socle obligatoire et une surcomplémentaire

GARANTIES	ALTRAN Régime de Base + surcomplémentaire
HOSPITALISATION (1)	
Frais de séjour	
- dans un établissement conventionné	100% FR - RSS
- dans un établissement non conventionné (2)	90% FR - RSS
Honoraires médicaux / chirurgicaux	
- Médecins adhérents DPTAM	100% FR - RSS
- Médecins non adhérents DPTAM	100% FR - RSS
Forfait journalier hospitalier (3)	100% FR sans limitation de durée
Chambre particulière (4)	4% PMSS par jour
Lit d'accompagnant (4)	4% PMSS par jour
Bénéficiaire dont l'âge est < à 12 ans	4% PMSS par jour
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
- Consultations, visites généralistes - Adhérent DPTAM	TM + 200% BRSS
- Consultations, visites généralistes - Non adhérent DPTAM	TM + 100% BRSS
- Consultations, visites spécialistes - Adhérent DPTAM	TM + 370% BRSS
- Consultations, visites spécialistes - Non adhérent DPTAM	TM + 370% BRSS
Actes techniques médicaux & chirurgicaux (ATM)	
- Actes de chirurgie / technique (adhérent DPTAM)	TM + 370% BRSS
- Actes de chirurgie / technique (non adhérent DPTAM)	TM + 370% BRSS
Actes d'imagerie (ADI), radiologie, échographie	
- Adhérent DPTAM	TM + 200% BRSS
- Non adhérent DPTAM	TM + 100% BRSS
Analyses & Examens de laboratoires	
- Pris en charge par la Sécurité sociale	TM + 100% BRSS
Honoraires paramédicaux	
- Pris en charge par la Sécurité sociale	TM + 100% BRSS
Médicaments	
- Frais pharmaceutiques rbsés par l'AM (65%,30% et 15%)	TM
Matériel médical (hors aides auditives et optique)	
- Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses pris en charge par la SS	TM + 560% BRSS

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, maternité hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur.

(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

GARANTIES	ALTRAN
En complément des remboursements de la sécurité sociale	Régime de Base + surcomplémentaire

AIDES AUDITIVES

Renouvellement par appareil tous les 4 ans

Equipements « 100 % santé » * de classe I	Remboursement intégral (SS + complémentaire)	Couverts à hauteur des frais exposés dans la limite des prix limites de vente fixés (max Contrat Responsable de 1700 € y compris RSS) par l'avis du 28 novembre 2018 relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale
Equipements (hors 100% Santé) de classe II	TM + 560%BR	

(*) 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.

GARANTIES	ALTRAN	
En complément des remboursements de la sécurité sociale	Régime de Base + sur complémentaire	
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires 100% Santé *	Remboursement intégral (SS + complémentaire)	
SOINS (hors 100% Santé)		
- Soins dentaires	TM + 70% BRSS	
- Inlays, Onlays à tarifs maîtrisés ** et à tarifs libres *** remboursées par la Sécurité sociale	TM + 370% BRSS	
PROTHESES (hors 100% Santé) (ensemble des actes prothétiques inscrits à la CCAM)		
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (prothèses dentaires, couronne définitive, bridge, inter de bridge) à tarifs maîtrisés ** et tarifs libres ***	Dents (16,17,18,26,27,28,36,37,38,46,47,48) Dents (14,15,24,25,34,35,44,45) Dents (11,12,13,21,22,23,31,32,33,41,42,43)	TM + 400% BR TM + 450% BR TM + 500% BR
Inlay-core à tarifs maîtrisés ** et à tarifs libres *** remboursé par la Sécurité sociale	220 € par acte	
Couronne transitoire à tarifs maîtrisés ** et à tarifs libres ***	TM + 600 € (max 3 dents par an et par bénéficiaire, au-delà TM +25% BR)	
Appareil amovible	700 euros par appareil de 1 à 10 dents 750 euros par appareil de plus de 10 dents	
Appareil provisoire - par acte	150 €	
Renouvellement de sillons (enfants de 6 à 14 ans) - par acte	25 €	
Vernis fluorés - par dent	5 €	
Test salivaire - par acte	70 €	
ORTHODONTIE (5)		
Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire		
Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire, limité à 2 semestres (seulement si début du traitement avant le 16ième anniversaire)	800 € + 200% BR pour autres actes (diagnostic, empreinte...)	
Contention - par année de contention et par bénéficiaire	150 € au-delà TM + 25% BR	
Implantologie		
Fausse racine et pilier implantaire non remboursés par la Sécurité Sociale - 3 implants, par an et par bénéficiaire / Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire - 3 implants, par an et par bénéficiaire	1264,50 € (dont 300 € max pour pilier)	
Couronne sur implant	450 € par acte	
Parodontie - par an et par bénéficiaire	650 euros	

(5) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(*) tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dans la limite des prix limite de vente aussi appelés honoraires limite de facturation (HLF) en dentaire et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

(**) 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 sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

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

GARANTIES	ALTRAN
En complément des remboursements de la sécurité sociale	Régime de Base + surcomplémentaire
OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres)	Renouvellement à compter de la date d'acquisition : - tous les 2 ans adultes et enfants 16 ans et + ; - tous les ans enfants +6 ans et - 16 ans ; - tous les 6 mois 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

Equipements « 100 % santé » (Monture & Verres de classe A) * (y compris prestation d'appairage / prestation d'adaptation / supplément pour verres avec filtre)	Remboursement intégral (SS + complémentaire)
Prestations et équipements (hors 100% Santé)	<i>Panachage classe A et classe B possible** (tant monture / verres) dans ce cas, application des plafonds Contrat responsable sur l'ensemble de l'équipement</i>
Monture Adulte	150 €
Monture Enfant	80 €
Verre	Selon grille optique présentée ci-après* dans la limite des min / max du contrat responsable
Prestation diverses (appairage, adaptation, ...)	TM
Lentilles de contact prescrites remboursées par l' AM	15% PMSS / an + au delà TM
Lentilles de contact prescrites non remboursées par l'AM y compris jetables	
Chirurgie réfractive par œil par an	1 000 €

Renouvellement à compter de la date d'acquisition : **tous les 2 ans** pour les adultes et enfants de 16 ans inclus et + ; **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

(*) 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 limite de vente : PLV) et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

(**) En cas de panachage, le montant de remboursement de l'équipement sur la classe A est déduit de la garantie de l'équipement sur la classe B

GARANTIES	ALTRAN
En complément des remboursements de la sécurité sociale	Régime de Base + surcomplémentaire
AUTRES POSTES	
TRANSPORTS	
Transports pris en charge par l'AM Ambulance, taxi conventionné	65% BR + TM
CURE THERMALE	
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale, forfait transport et hébergement thermal - Forfait global annuel (max 25 jours / an)	30% PMSS
Actes de prévention	
Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	100% Frais réels
Acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ostéopathe - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 5 consultation par an	50 €
Ostéodensitométrie (44 ans < âge < 60 ans) - par an et par bénéficiaire	100% des Frais réels dans la limite de 100 € - RSS
Contraception prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (6)	100 €

(6) Remboursement sur prescription médicale et sur facture des achats effectués en pharmacie et faisant partie de la liste suivante : pilule contraceptive, patch contraceptif, anneau vaginal, cape cervicale, diaphragme, préservatif masculin et féminin.

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

Equipement optique		Remboursement maximal par verre (Régime de Base + sur-Complémentaire)	
Adulte	Classe		
Verres Unifocaux	Classe 101		100 euros
	Classe102		130 euros
	Classe 103		160 euros
	Classe104		220 euros
	Classe 105		220 euros
Verres multifocaux	Classe 111		230 euros
	Classe 112		275 euros
	Classe 113		300 euros
	Classe 114		300 euros
	Classe 115		400 euros

Equipement optique		Remboursement maximal par verre (Régime de Base + sur-Complémentaire)	
Enfant	Classe		
Verres Unifocaux	Classe 1		60 euros
	Classe 2		100 euros
	Classe 3		110 euros
	Classe 4		120 euros
	Classe 5		120 euros
Verres multifocaux	Classe 1		120 euros
	Classe 2		120 euros
	Classe 3		120 euros
	Classe 4		120 euros
	Classe 5		120 euros



Hospitalisation	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Reste à charge (1)
		Socle + Surcomplémentaire
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (2) (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (3) (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	0,00 €
Soins courants	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Reste à charge (1)
		Socle + Surcomplémentaire
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (2) (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (3) (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56 €	1,00 €
Optique	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Reste à charge (1)
		Socle + Surcomplémentaire
Équipement optique de classe A (monture & verres) de verres unifocaux Équipement 100% Santé	125 €	0,00 €
Équipement optique de classe B (monture & verres) de verres unifocaux	345 €	0,00 €
Aides auditives	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Reste à charge (1)
		Socle + Surcomplémentaire
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% Santé)	1 100 €	0,00 €
Aide auditive de classe II par oreille	1 476 €	0,00 €
Dentaire	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Reste à charge (1)
		Socle + Surcomplémentaire
Détartrage	28,92 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% Santé)	500,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	1,20 €

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

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

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



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 :

(+33) 0 979 99 03 03 (appel non surtaxé)

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations d'assistance de cette convention doit être obligatoirement formulée dans un délai de 5 jours ouvrés suivant l'événement par le bénéficiaire ou ses proches par téléphone.

Lors de votre appel, vous devez indiquer :

- le numéro de la convention d'assistance concernée : n° **753734**,
- l'identité de l'assuré (nom, prénom, date de naissance),
- l'identité du bénéficiaire et ses coordonnées (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone),
- l'entreprise employeur de l'assuré.

Le service d'assistance est accessible du lundi au samedi de 8 heures à 20 heures (hors jours fériés).

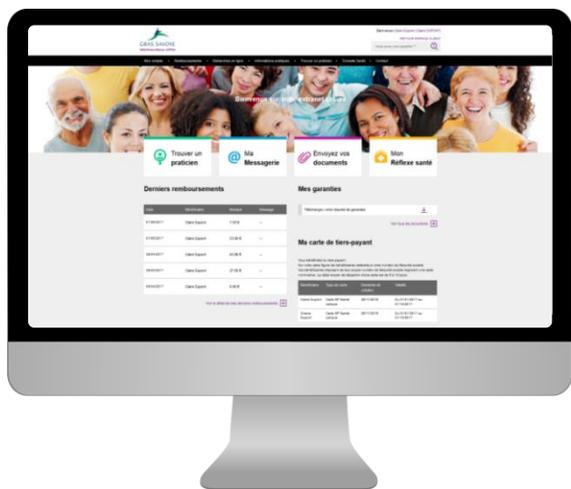
Les prestations sont mises en œuvre du lundi au vendredi de 8 heures à 19 heures (hors jours fériés).

Ces garanties sont assurés par AUXIA ASSISTANCE





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



Créer votre compte facilement !

Pour bénéficier d'un accès à l'extranet assuré, vous devez impérativement **communiquer votre adresse email** à nos services :

soit en l'indiquant dans le bulletin individuel d'affiliation à l'adhésion,

soit en contactant le Service Client Gras Savoye (voir coordonnées au dos), en précisant votre n° adhésion, vos noms et prénoms,

Vous recevrez alors un e-mail avec vos identifiants !

Sur votre espace assuré vous pourrez :

-  Trouver facilement un praticien par spécialité
-  Accéder à votre carte de tiers payant
-  Consulter vos derniers remboursements
-  Transmettre tous vos documents



Et plein d'autres services à découvrir !



Et aussi votre application Santé Gras Savoye !

Toutes les fonctionnalités de votre espace assuré dans votre smartphone





Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)



Qu'est ce que c'est ?

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 initialement mis en place en 2006 pour :

- inciter les assurés à suivre le parcours de soins coordonnés,
- leur offrir la meilleure couverture des dépenses possible,
- limiter les dépenses inutiles.

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 DPTAM sont à ce titre mieux remboursés. Retrouvez le praticien DPTAM le plus proche de chez vous sur <http://annuairesante.ameli.fr>

100% Santé = 100% remboursé

Des soins ou des prothèses sans frais à votre charge ?

C'est possible avec le panier «100% santé» dès le **1^{er} janvier 2020** !

Désormais chez votre professionnel de santé (opticien, dentiste, audioprothésiste), vous aurez le choix entre différents types d'équipements regroupés en 3 paniers :



Panier 100% Santé

Il regroupe des soins essentiels pour lesquels **vous serez remboursés à 100%**.



Panier maîtrisé

Le panier maîtrisé, uniquement proposé en dentaire regroupe des prestations **avec un reste à charge modéré** (selon vos garanties).



Panier libre

Le panier libre regroupe les prestations **qui ne rentrent pas dans les paniers 100% Santé et maîtrisé** et ne sont pas soumises à des Prix Limites de Vente.

Les bonnes pratiques 100% Santé



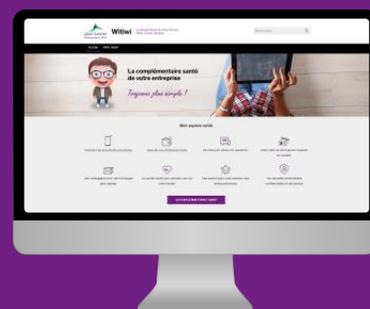
Toujours demander un devis 100% Santé à votre professionnel de santé



Faire analyser vos devis par Gras Savoye : nous pourrons vous assurer de bénéficier d'une offre 100% Santé et vous confirmer le respect des Prix Limites de Vente par les professionnels de santé

Vous voulez en savoir  sur le 100% Santé ?

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





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 remboursées les prestations.

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

PMSS / PASS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale / Plafond Annuel de la Sécurité sociale

DPTAM (Dispositif Pratique Tarifaire Maîtrisée) : la Sécurité sociale a proposé aux médecins pratiquant des dépassements d'honoraires une convention leur permettant de facturer librement dans le cadre d'une enveloppe de dépassements annualisée. Les honoraires d'un médecin adhérent DPTAM sont à ce titre mieux remboursés. Retrouvez le praticien adhérent DPTAM le plus proche de chez vous sur <http://annuairesante.ameli.fr/>. Le DPTAM rassemble les médecins signataires à l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou l'OPTAM-CO (Option réservée aux chirurgiens et obstétricien).

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

Août 2019

Nous contacter



	0972 722 300 <small>Service gratuit + prix appel</small> <i>Du lundi au vendredi de 8h à 20h</i>		www.witiwi.fr		altran@grassavoye.com
	Appli Santé Gras Savoye		Gras Savoye Santé TSA 84 256 77 283 AVON CEDEX		