

notice d'information

Garanties réservées à l'ensemble du personnel de l'entreprise CANON
(y compris le personnel détaché à l'étranger)

Votre entreprise a choisi de vous faire bénéficier des avantages d'un contrat d'assurance obligatoire collective assuré par APRI Prévoyance et géré par Gras Savoye
Cette notice d'information est destinée à vous informer sur vos prestations à compter du 1er janvier 2009.



Les remboursements sont complémentaires aux prestations de la Sécurité sociale effectuées au titre de l'assurance maladie et maternité (sous réserve des risques exclus).

SANTÉ



Votre affiliation est effective :

- dès la date d'effet du contrat,
- à votre date d'embauche ou de mutation dans la catégorie garantie si cette date est postérieure à la date d'effet du contrat.

Vous devez remplir et signer un Bulletin Individuel d'Affiliation et devez fournir à Gras Savoye toute déclaration et justification nécessaires. La qualité de participant vous est alors acquise.

Lorsque les deux membres d'un couple sont salariés de l'entreprise, seul l'un des deux membres sera affilié en propre au contrat en tant que participant, l'autre membre ayant la qualité de bénéficiaire du participant.

Vous êtes en :

- congé de maternité ou d'adoption
 - congé de paternité
 - congé financé par un Compte Epargne Temps
 - congé formation avec maintien de salaire total ou partiel de l'entreprise
 - congé sans solde d'une durée inférieure à un mois,
- vos garanties sont maintenues moyennant le paiement des cotisations correspondantes.*

[Sommaire

[>] Votre complémentaire santé

- 4> Quels sont les bénéficiaires de la complémentaire santé ?
- 6> Quels sont vos remboursements de santé ?
- 8> Comment obtenir vos remboursements ?
 - > Le délai de règlement des prestations
 - > Le remboursement des soins courants
 - > Les services attachés à votre contrat

[>] Dispositions générales

justificatifs à fournir pour l'inscription des bénéficiaires

Vous devez adresser à Gras Savoye :

- Pour votre partenaire lié par un PACS ou votre concubin, une attestation d'engagement dans les liens d'un pacte civil de solidarité ou une attestation de concubinage.
- Pour vos enfants à charge de plus de 18 ans, un justificatif approprié (certificat de scolarité, d'apprentissage, copie du contrat de formation en alternance ou du contrat de professionnalisation, carte d'invalidité, attestation ASSEDIC).

Chaque année, en Septembre/Octobre, faites parvenir un nouveau justificatif pour que vos enfants à charge de plus de 18 ans continuent à être couverts.

◆ Quels sont les **bénéficiaires** de la complémentaire santé ?

> **Vous-même**, en tant que participant affilié au contrat.

> **Votre conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin** (même bénéficiaire à titre personnel du Régime de la Sécurité sociale). Toutefois, si votre conjoint, votre partenaire lié par un PACS ou votre concubin est affilié à un régime de base différent du régime général de la Sécurité sociale (régimes spéciaux...), les remboursements seront rétablis sur la base de ceux du régime général de la Sécurité sociale s'ils sont supérieurs.

Le conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin, bénéficiaire d'un régime complémentaire obligatoire frais de santé par ailleurs, est incité à ne faire intervenir le contrat qu'en second rang après avoir fait intervenir sa propre couverture y compris pour les enfants à charge bénéficiaires de cette couverture.

> **Vos enfants à charge** tels que définis ci-dessous.

> **Vos ascendants à charge**, au sens de la Sécurité sociale.

Est considéré comme enfant à charge :

> *l'enfant légitime, naturel reconnu ou non, adoptif ou recueilli du participant, de son conjoint, de son Partenaire lié par PACS ou de son concubin s'il est effectivement à charge du participant, c'est à dire si celui-ci pourvoit à ses besoins et assure son entretien, à la date de la prestation et s'il remplit l'une des conditions suivantes :*

- *bénéficiaire des prestations Sécurité sociale sous le numéro d'immatriculation du participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,*
- *ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 25 ans s'il est en apprentissage,*
- *ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 25 ans s'il bénéficie d'un contrat en alternance et que ses ressources n'excèdent pas 55 % du SMIC,*
- *ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 26 ans s'il bénéficie d'un contrat de professionnalisation et que ses ressources n'excèdent pas 80 % du SMIC,*
- *ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 27 ans s'il est à la recherche d'un premier emploi et inscrit à l'ANPE,*
- *ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 28 ans s'il est non salarié, reconnu à charge par l'administration fiscale ou non imposable et s'il justifie de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,*
- *quel que soit son âge s'il est atteint d'une infirmité permanente l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice, ayant entraîné, à ce titre, le bénéfice jusqu'à l'âge de 20 ans des avantages de la Sécurité sociale en qualité d'ayant droit du participant,*

> *l'enfant, s'il remplit l'une des conditions énumérées ci-dessus, au titre duquel le participant verse une pension alimentaire.*

[Les mots pour se comprendre

Nomenclature

Liste codifiée des produits et actes donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale au titre des prestations en nature.

Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS)

Plafond servant de base à la Sécurité sociale pour le calcul de ses cotisations et de ses prestations.

Valeur mensuelle au 1^{er} janvier 2009 : 2 859 euros.

Point de retraite AGIRC

Point servant de calcul à la retraite cadre.

Valeur au 01/01/2009 : 0,4132 euro.

Base de Remboursement (BR)

Assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

Tarif de responsabilité

Base de remboursement de la Sécurité sociale pour les produits pharmaceutiques.

Tarif forfaitaire de responsabilité

Base de remboursement de la Sécurité sociale pour le princeps d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)

Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) multipliée par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

Ticket Modérateur (TM)

Part des frais de soins de santé non remboursée par la Sécurité sociale égale à la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Maternité

Une allocation, destinée à rembourser l'ensemble des frais et dépassements d'honoraires liés à l'accouchement, non pris en charge par la Sécurité sociale et au titre du contrat, est versée, dans la double limite des frais réels et du contrat, sur présentation des justificatifs, pour la naissance d'un enfant du participant, déclaré à l'état civil, légitime, naturel ou reconnu.

L'allocation n'est pas due en cas d'adoption.

Elle est doublée en cas de naissance multiple.

Hospitalisation

- Hospitalisation chirurgicale
 - Frais chirurgicaux proprement dits.

- Hospitalisation médicale

- pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos... ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, sous réserve des risques exclus.

- Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales

- Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et Prestations facturables et spécialités pharmaceutiques).
- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire.
- Frais de chambre particulière.
- Forfait hospitalier.
- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de **moins de 12 ans**.

- Hospitalisation à domicile

Hospitalisation prise en charge au titre de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) par la Sécurité sociale. Elle comprend :

- les frais facturables à la journée y compris notamment les actes d'auxiliaires médicaux, de sage femme et de biologie,
- les honoraires des médecins libéraux,
- les dépenses d'imagerie,
- les séances de chimiothérapie,
- les actes de dialyse,
- les produits pharmaceutiques particuliers figurant sur la liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation.

Limitation pour l'hospitalisation médicale et l'hospitalisation à domicile

La prise en charge commence **au 1er jour d'hospitalisation et cesse, au plus tard, au 365ème jour suivant ou en cas de psychiatrie au 180ème jour**. Le participant ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une **interruption d'hospitalisation entre 2 séjours supérieure à 90 jours continus** et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

Si l'hospitalisation à domicile n'est pas séparée de plus de 10 jours d'une hospitalisation médicale dans un établissement hospitalier, les séjours seront considérés comme une seule et même hospitalisation pour le calcul de la durée de prise en charge de 365 jours ou 180 jours.

En cas d'hospitalisation médicale, les frais de chambre particulière, le forfait hospitalier, les frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans sont aussi limités à 365 jours ou à 180 jours en cas de séjour en psychiatrie.

◆ Quels sont vos remboursements de santé ?

Nos remboursements s'ajoutent à ceux versés par la Sécurité sociale et tout autre organisme complémentaire (pour le personnel détaché, la Caisse des Français de l'Étranger et s'il y a lieu un régime local). Le total des remboursements ne peut dépasser les frais réellement engagés.

Hospitalisation	Hospitalisation Chirurgicale et Médicale Frais de séjour et fournitures diverses Honoraires	<u>Etablissements conventionnés</u> : 100 % des Frais Réels (1) <u>Etablissements non conventionnés</u> : 80 % des Frais Réels (1)
	Chambre particulière	<u>Etablissements conventionnés</u> : 100 % des Frais Réels <u>Etablissements non conventionnés</u> : 80 % des Frais Réels
	Forfait hospitalier	100 % des Frais Réels dans la limite de 16 € par jour
	Frais d'accompagnement	100 % des Frais Réels dans la limite de 3 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale (2) par jour
	Hospitalisation à domicile Honoraires des médecins libéraux Autres frais	100 % des Frais Réels (1)
Soins courants	Consultations et Visites Omnipraticien Spécialiste	100 % des Frais Réels (1) • dans le parcours de soins : 100 % des Frais Réels (1) • hors parcours de soins : 80 % des Frais Réels (1)
	Soins d'auxiliaires médicaux, Frais de déplacement Frais d'analyses et de laboratoire Actes de spécialité Electroradiologie Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale	100 % des Frais Réels (1)
	Médecine alternative Acupuncteur, Chiropracteur, Homéopathe, Ostéopathe, Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	100 % des Frais Réels dans la limite de 30 € par séance et de 4 séances par an et par bénéficiaire 100 % des Frais Réels dans la limite de 30 € et d'une consultation par an et par enfant
	Frais pharmaceutiques	100 % du tarif de responsabilité ou du tarif forfaitaire de responsabilité (1)
	Frais de transport	100 % des Frais Réels (1)
	Verres	Voir grille de remboursement
	Montures Le remboursement est limité pour les adultes à une paire de lunettes (2 verres + monture) par an et par bénéficiaire sauf en cas de casse ou de changement de correction visuelle.	100 % des Frais Réels (1) dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 6 % du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (2)
Optique	Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale	100 % des Frais Réels (1) dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 500 % de la base de remboursement
	Traitements chirurgicaux des troubles visuels (kératotomie, myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	100 % des Frais Réels dans la limite de 35 % du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (2) par œil
Dentaire	Soins dentaires	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 200 % de la base de remboursement
	Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale - Inlays, Onlays, Parodontose	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 500 % de la base de remboursement
	Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	

Dentaire	Implantologie (y compris les prothèses sur implants)	100 % des Frais Réels dans la limite de 600 € par implant et de 3 implants par an et par bénéficiaire
Appareillage	Orthopédie, et prothèses diverses	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 500 % de la base de remboursement
	Prothèses auditives	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 600 % de la base de remboursement
Autres frais	Cures Thermales prises en charge par la Sécurité sociale	100 % des Frais Réels (1) dans la limite d'une allocation annuelle et par bénéficiaire égale à 200 % de la base de remboursement
	Maternité	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 1 500 points de retraite AGIRC
Prévention	Frais de prévention réglementaire (y compris vaccins pris en charge par la Sécurité sociale)	Prise en charge des actes de prévention (3) dans la limite de 100 % de la base de remboursement (1)
	Vaccins anti-grippe non pris en charge par la Sécurité sociale	100 % des Frais Réels

(1) sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale - (2) en vigueur au 1er janvier de l'année - (3) figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006 (voir liste page 11).

Grille de remboursement optique verre

Classe	Puissance	Défaut visuel	Verre simple ou unifocal	Verre progressif ou multifocal
Classe 1	de 0 à 4 dioptries et cylindre ≤ 2	Petite myopie ou petite hypermétropie avec ou sans léger astigmatisme	2,7 % du PMSS	3 % du PMSS ou 30 fois la BR
Classe 2	de 0 à 4 dioptries et cylindre > 2	Petite myopie ou petite hypermétropie avec fort astigmatisme	2,8 % du PMSS	4 % du PMSS ou 25 fois la BR
	de 4,25 à 6 dioptries et cylindre ≤ 2	Moyenne myopie ou moyenne hypermétropie avec ou sans léger astigmatisme		
Classe 3	de 4,25 à 6 dioptries et cylindre > 2	Moyenne myopie ou moyenne hypermétropie avec fort astigmatisme	3,98 % du PMSS	5 % du PMSS ou 25 fois la BR
	de 6,25 à 8 dioptries et cylindre ≤ 2	Forte myopie ou forte hypermétropie avec ou sans léger astigmatisme		
Classe 4	de 6,25 à 8 dioptries et cylindre > 2	forte myopie ou forte hypermétropie avec fort astigmatisme	4,38 % du PMSS	7 % du PMSS ou 12 fois la BR
	> 8 dioptries et quel que soit le cylindre	Très forte myopie ou très forte hypermétropie avec ou sans astigmatisme		

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - BR : Base de Remboursement.



Cas particulier > Les soins engagés hors de France

Pour les soins effectués hors de France, pris en charge par le régime d'assurance maladie français, votre complémentaire santé intervient. Pour les frais relatifs à l'hospitalisation, les prestations sont calculées sur la base des garanties prévues en secteur non conventionné. Les remboursements sont versés en France et en euros.

Le montant maximum de vos remboursements par notre organisme pour les frais médicaux engagés à l'étranger, quelle que soit leur nature, est limité, par an et par personne à 1,5 plafond annuel de la Sécurité sociale.

Exemple de remboursement dans le cadre du parcours de soins

Consultation d'un médecin généraliste conventionné à honoraires libres - Prix payé : 31 €		
Base de remboursement(BR) Sécurité sociale : 22 € (1)		Dépassement : 9 €
Remboursement Sécurité sociale 70 % de la BR moins 1 € (2) soit 14,40 €	Ticket modérateur 30 % de la BR soit 6,60 €	
Reste à charge > sans complémentaire santé : 1 € (2) + 6,60 € + 9 € = 16,60 € > avec votre complémentaire santé = 1 € (2)		

(1) Tarif au 1er juillet 2007 - (2) Participation forfaitaire dont le remboursement ne peut intervenir dans le cadre du contrat responsable.

◆ Comment obtenir vos remboursements auprès de Gras Savoye ?

1 > Le délai de règlement des prestations

Vos remboursements sont versés, en principe par virement bancaire ou postal dans les 48 heures (hors délais de poste et bancaires) qui suivent la réception de l'ensemble des pièces requises. Ce délai est donné à titre indicatif.

2 > Le remboursement des soins courants

La procédure NOEMIE

Avec votre carte Vitale, vous n'avez aucune démarche à effectuer vis-à-vis de votre CPAM ou de votre organisme complémentaire.

Vous devez adresser à Gras Savoye la photocopie de l'attestation Vitale pour vous et vos bénéficiaires ainsi qu'un relevé d'identité bancaire.

Un message sur chaque décompte CPAM vous confirme que la transmission des données à notre organisme a bien eu lieu. Si un de vos bénéficiaires ne peut pas bénéficier de Noémie (étudiants ou régimes spéciaux tels que SNCF, mines...) ou si vous refusez cette procédure, vous devrez joindre le formulaire demande de prestations à toutes vos demandes de remboursement.

Il vous est adressé un relevé reprenant l'ensemble des règlements effectués :

- à la fin du mois dès que les remboursements atteignent 30 euros,
- à la fin de chaque trimestre lorsque les remboursements restent inférieurs à 30 euros.

3> Les services attachés à votre contrat

• La prise en charge hospitalière

Avant d'être hospitalisé en établissement conventionné avec la Sécurité sociale, contactez Gras Savoye qui vous délivrera une prise en charge. A l'exception de vos frais personnels, cette prise en charge vous dispense de tout paiement des frais d'hospitalisation, dans la limite du Contrat, à l'exclusion des honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire qui sont réglés sur présentation d'une

facture acquittée. A défaut de prise en charge, vous devez régler votre séjour hospitalier à l'établissement et adresser à Gras Savoye la facture originale.

• Le tiers payant

Le service de tiers payant vous évite l'avance d'argent pour les frais pharmaceutiques, les frais d'analyses et de laboratoire, la radiologie, la kinésithérapie, dans la limite du ticket modérateur et selon les dispositions des conventions passées avec les professionnels de santé. Votre attestation de tiers payant comportant les garanties concernées, est éditée chaque année pour chaque bénéficiaire du régime, immatriculé sous son propre numéro de Sécurité sociale (et non par famille). Elle est adressée directement à votre domicile.

• Procédure particulière pour le tiers payant optique

Le praticien doit envoyer au préalable une demande de prise en charge. Gras Savoye valide et accepte cette prise en charge et la limite s'il y a lieu au montant prévu par le contrat.

(*) Date d'envoi des dossiers

Les demandes de prestations accompagnées des justificatifs doivent parvenir au centre de gestion dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de réalisation de la prestation maladie ou sa connaissance. Passé ce délai, le participant sera déchu de ses droits si nous prouvons avoir subi un préjudice du fait de cette déclaration tardive.

Nous prenons en compte la date d'exécution de l'acte et non celle de l'ordonnance, de la prescription ou de la demande de prise en charge Sécurité sociale.

Les justificatifs à fournir pour vos demandes de remboursement

Vous êtes bénéficiaire NOEMIE	
Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge pour les Etablissements conventionnés et dans tous les cas pour les Etablissements non conventionnés : facture originale de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement ...)
Hospitalisation à domicile	Facture forfaitaire indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
Médecine alternative	Note d'honoraires
Optique	Facture détaillée Prescription médicale
Prothèses dentaires prises en charge ou non par la Sécurité sociale Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	Facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité sociale. Ce document pourra être soumis au chirurgien dentiste conseil qui pourra être amené à modifier ou refuser le montant pris en charge. Un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes peut être transmis au préalable pour avis sur le montant de la prestation.
Maternité	Factures correspondant aux dépenses liées à l'accouchement
Cure thermale	Facture acquittée du séjour

Vous n'êtes pas bénéficiaire NOEMIE

Si les soins sont pris en charge par la Sécurité sociale, vous devez fournir en plus des pièces justificatives indiquées dans le tableau, le décompte original de la Sécurité sociale.

En cas de Tiers Payant avec la Sécurité sociale mais sans Tiers Payant avec Gras Savoye : vous devrez fournir la facture acquittée du Ticket Modérateur.

Découvrez
vos services en ligne sur
<https://extranet.grassavoie.com>

- pour vous informer sur le fonctionnement de votre complémentaire santé,
- pour visualiser vos données personnelles et celles de vos bénéficiaires,
- pour mettre à jour votre adresse postale, votre email et votre mot de passe,
- pour consulter le détail de vos remboursements santé des 365 derniers jours.

> Contrôle médical

Notre organisme peut faire procéder par un médecin de son choix, au contrôle médical du participant qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au contrat.

Les sommes indûment versées au participant devront être restituées à notre organisme.

> Cotisations

La répartition des cotisations entre l'entreprise et les participants est fixée par accord interne. L'entreprise est seule responsable du versement et du calcul des cotisations.

> Fin de droit du participant

Le participant cesse de bénéficier des garanties du contrat :

- soit à la date de son départ de l'entreprise (démission, licenciement, retraite...),
- soit à la date de résiliation du contrat ou de non renouvellement du contrat.

> Maintien de garanties à titre individuel

Les salariés adhérant à l'accord de préretraite signé le 17 novembre 2004 au sein de l'UES CANON FRANCE, bénéficient des mêmes garanties Frais de Soins de Santé que les actifs sous réserve du paiement des cotisations correspondantes (Les taux de cotisations sont identiques à ceux des actifs).

Peuvent également continuer à bénéficier à titre individuel de la garantie Frais de Soins de Santé (faisant l'objet d'un contrat particulier) moyennant le paiement de cotisations spécifiques et sous réserve d'en faire la demande dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement, les salariés se trouvant dans l'une des situations suivantes :

- **en congé sans solde d'une durée supérieure à un mois** (parental, sabbatique, création d'entreprise ...),
- **les bénéficiaires d'une rente d'invalidité ou d'incapacité** dont le contrat de travail est rompu
- **les anciens salariés privés d'emploi**, tant qu'ils bénéficient des prestations ASSÉDIC
- **les anciens salariés** bénéficiaires d'une pension de retraite.

Peuvent continuer à bénéficier de garanties Santé différentes, à titre individuel, moyennant paiement de cotisations spécifiques, les personnes suivantes :

- **les personnes garanties par l'intermédiaire du participant décédé** sous réserve que la demande en soit faite dans les six mois suivant le décès. Le maintien des garanties est effectif pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès,
- **l'ensemble des participants** en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat, sous réserve d'en faire la demande à notre organisme dans les 3 mois suivant la date d'effet de la résiliation.

> Relations clients - Réclamations

Pour tout renseignement ou réclamation, le participant a la possibilité de contacter la Direction Administrative ou son service Relations Clients dont les coordonnées figurent au verso.

> Délai de prescription

Conformément aux dispositions prévues à l'article L 932-13 du Code de la Sécurité sociale, toutes actions dérivant du contrat doivent être engagées dans les deux ans de l'événement qui y donne naissance.

> Recours subrogatoire

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à notre organisme dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. (Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985).

Risques exclus

Ne sont pas pris en charge :

1. **les actes hors nomenclature, sauf mention contraire indiquée dans le tableau des prestations,**
 - les médicaments ou actes non remboursés par la Sécurité sociale et notamment les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique,
2. **les frais de traitement et d'hébergement exposés à l'occasion d'un séjour dans les établissements ci-après :**
 - maisons de repos et de convalescence lorsque le séjour ne fait pas suite à une hospitalisation de plus de 30 jours ou à une intervention chirurgicale n'ayant pas donné lieu à exonération du ticket modérateur par la Sécurité Sociale (hors anesthésie),
 - établissements de postcure,
 - établissements de rééducation ou d'éducation professionnelle,
 - établissements à caractère sanitaire ou sanitaire et social pour personnes âgées.
3. **dans le cadre du respect du cahier des charges « contrat responsable »**
 - la participation forfaitaire et la franchise médicale visées à l'article L322-2 II et III du Code de la Sécurité sociale,
 - la majoration de la participation du bénéficiaire à ses frais d'actes ou de prestations de soins de santé dans le ou les cas où :
 - il n'a pas choisi son médecin traitant (article L162-5-3 alinéa 5 du code de la Sécurité sociale),
 - il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant, (article L162-5-3 alinéa 5 du Code de la Sécurité sociale),

- . il refuse, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, au professionnel de santé auquel il a recours, l'accès à son dossier médical personnel ou sa mise à jour, (article L161-36-2 alinéa 2 du Code de la Sécurité sociale),
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par le médecin spécialiste lorsque le bénéficiaire le consulte directement sans respecter le parcours de soins coordonnés, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques visé à l'article L162-5 18° du code de la Sécurité sociale.

4. toute partie des honoraires et prestations qui correspondent à des montants excédant le coût USUEL et RAISONNABLE pratiqués par les professionnels de santé. Notre organisme se réserve ainsi la possibilité de limiter les montants sur lesquels la garantie est appliquée en fonction de ses références de tarifs maximum constatés et validés par des professionnels de santé conseils. Ces montants respectent également les dispositions de la Convention Médicale et de la Convention Dentaire qui stipulent que le médecin doit fixer ses honoraires avec tact et mesure. Cette obligation concerne aussi bien les praticiens conventionnés que les praticiens non conventionnés.

Le fait que notre organisme ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

La liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale comprend les prestations de prévention suivantes :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) Haemophilus influenzae B ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois



les contrats avec votre centre de gestion

- > Accueil téléphonique - espace assurés : 0810 200 399
[du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 sans interruption]
- > fax : 01 45 92 73 46
- > Serveur vocal : 0811 02 11 11
[24h/24 pour obtenir le montant et la date des 3 derniers règlements et accéder au détail du dernier règlement]
- > <https://extranet.grassavoie.com>

GRAS SAVOYE

Immeuble le Savoye - 12-14 rue du Centre
93197 NOISY LE GRAND

Votre contrat d'entreprise est assuré par **APRI PREVOYANCE** - Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale membre du Groupe APRI. Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet - 75014 Paris - www.groupe-apri.com