

## LIVRET D'ACCUEIL SANTE



Tiers payant SP Santé  
Réseau Santéclair

2015

La gestion de votre régime complémentaire frais de santé est confiée à GRAS SAVOYE.

**GRAS SAVOYE SANTE**

**TSA 84256**

**77283 AVON CEDEX**

Le tiers payant dentaire et optique est géré par notre partenaire :

**Santéclair**

**78, boulevard de la République**

**92514 Boulogne Billancourt Cedex**

Ce livret a pour objectif de vous :

- Présenter les différentes prestations liées à votre régime Frais de Santé,
- Indiquer les démarches administratives nécessaires à la bonne gestion de votre dossier,
- Préciser les modalités de remboursements pour obtenir le versement de vos prestations.

*En aucun cas, ce document n'a de valeur juridique, seule la notice d'information émise par (nom de l'assureur) fait foi.*

Nos coordonnées.....	4
Comment adhérer au régime frais de santé ? .....	5
Comment mettre à jour le dossier ? .....	6
Comment obtenir les remboursements ? .....	7
Qu'est-ce que la télétransmission ? .....	9
Comment fonctionne le tiers payant ?.....	11
Quels sont les services Santéclair ? .....	13
Comment faire analyser les devis ? .....	16
Comment demander une prise en charge hospitalière ? .....	18
Quels sont vos services ? .....	20
Quelles sont vos garanties ?.....	23
Lexique.....	26

## Nos coordonnées



### TELEPHONER

**Du lundi au vendredi  
De 8h00 à 20h00 sans interruption**

**N°Azur 0 810 200 399**  
PRIX APPEL LOCAL

Un conseiller vous renseignera sur :

- Vos garanties
- Vos remboursements
- Les procédures de prise en charge hospitalière, dentaire, optique ...



### CORRESPONDRE

**Par courrier**

GRAS SAVOYE SANTE  
TSA 84256 - 77283 AVON CEDEX

**Par Mail :**

[sante.jaune@grassavoie.com](mailto:sante.jaune@grassavoie.com)

## Comment adhérer au régime frais de santé ?

Pour toute nouvelle adhésion ou modification de situation, à compter du 01/01/2015, vous complétez le **Bulletin Individuel d'Affiliation** (BIA), sans omettre de le dater et de le signer. Ce document est ensuite validé par votre entreprise (cachet de l'entreprise) qui nous l'adressera, accompagné des pièces justificatives. Les salariés bénéficient d'une affiliation automatique dès lors qu'ils étaient affiliés au régime Frais de Santé en 2014 et n'ont pas à compléter le bulletin individuel d'affiliation.

Ce document comporte les informations nécessaires au traitement de votre dossier santé :

- Vos droits au régime obligatoire.
- Les nom, prénom et numéro de Sécurité sociale de l'ensemble de vos ayants droit bénéficiaires du régime.

Un numéro d'adhérent vous est attribué. Il figure sur les décomptes de remboursement et l'attestation de tiers payant.

## Les pièces à joindre

- Une copie de votre attestation jointe à la carte Vitale ainsi que celles des bénéficiaires inscrits sous leur propre numéro auprès de la Sécurité sociale.
- Un Relevé IBAN afin de permettre le virement des prestations sur votre compte.
- En cas de concubinage ou de PACS, une attestation sur l'honneur, précisant que vous consentez à l'utilisation de cette information pour la gestion de votre contrat «frais de santé».
- Le bulletin de situation du conjoint.
- Un justificatif de situation pour les enfants de plus de 18 ans (certificat de scolarité...).
- Pour les enfants handicapés de – 21 ans, un certificat de situation.

## Comment mettre à jour le dossier ?

### Modification de votre situation familiale

- Vous devez nous transmettre un nouveau BIA en cochant la case "**modification**" accompagné des pièces justificatives (extrait d'acte de naissance, copie de la nouvelle attestation carte Vitale, ...).

Ce document est disponible auprès de votre DRH.

### Modification de vos coordonnées bancaires

- Vous devez nous envoyer un nouveau relevé IBAN.

### Changement d'adresse

- Vous devez nous informer de votre nouvelle adresse par courrier ou effectuer la modification sur l'extranet client : <http://espace-client.grassavoie.com>.
- Si vous changez de Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), vous devrez nous transmettre une copie de l'attestation de votre nouvelle CPAM.

### Pour les enfants étudiants et apprentis

- Vous devez nous adresser, chaque année, avant le 31 octobre, un certificat de scolarité ou de contrat d'apprentissage.

**A défaut, votre enfant sera automatiquement radié de votre complémentaire santé au 31 décembre de l'exercice en cours.**

#### MODE DE TRANSMISSION DES DOCUMENTS

**Par courrier :**

GRAS SAVOYE SANTE  
TSA 84256 - 77283 AVON CEDEX  
OU

**Par Mail :** [sante.jaune@grassavoie.com](mailto:sante.jaune@grassavoie.com)

OU

**Par l'extranet client :** <http://espace-client.grassavoie.com>

Mise à jour votre dossier dans la rubrique  
"**mes données personnelles**"

Adresser des documents dans la rubrique  
"**correspondances**"

## Comment obtenir les remboursements ?

Les remboursements sont effectués à partir :

- Des flux de décompte télétransmis par la Sécurité sociale (télétransmission NOEMIE).

Ou

- Du décompte émis par la Sécurité sociale.

Dans les deux cas, nous pouvons avoir besoin de justificatifs pour le règlement de votre dossier.

### Le remboursement par la Sécurité sociale

Vous faites l'avance des frais auprès du professionnel de santé.

Si ce dernier utilise la carte Vitale, il établit une Feuille de Soins Electronique (FSE) et transmet l'information directement à votre Sécurité sociale. Si ce procédé n'est pas appliqué, vous adresserez la feuille de soins à votre Sécurité sociale pour obtenir le remboursement.

### Le remboursement par Gras Savoye

Dès réception du décompte Sécurité sociale par NOEMIE ou de l'original du décompte papier, nous procédons au remboursement complémentaire des soins à l'exception de ceux qui nécessitent un justificatif.

Nous vous adressons, ensuite, un relevé reprenant l'ensemble des règlements effectués :

- Par mois pour un montant supérieur à 30,00 €,
- Par trimestre pour un montant inférieur à 30,00 €.

Pour le conjoint et/ou les ayants droit bénéficiant de leur propre complémentaire santé, nous complétons le remboursement du reste à charge sur présentation :

- Du décompte original des prestations ou du relevé électronique établi par l'organisme complémentaire ayant effectué le remboursement.
- Des pièces justificatives.








**Si vous êtes inscrit au service E-Relevé, vous pouvez télécharger votre décompte sur l'extranet client quel que soit le montant du remboursement.**

Pour une information 24h/24, l'assuré peut composer le  pour :

- Obtenir le montant et la date des 3 derniers règlements.
- Accéder au détail du dernier règlement.

Se munir du numéro d'adhérent, il sera demandé.

## Exemples de justificatifs

	<b>Hospitalisation médicale ou chirurgicale</b>	✓ La note dûment acquittée des frais engagés ou la facture de l'établissement hospitalier
	<b>Frais d'optique (Hors réseau)</b>	✓ La facture acquittée de l'opticien ventilant les frais de verres, de monture ou de lentilles
	<b>Chirurgie réfractive</b>	✓ Une copie de la prescription médicale
	<b>Frais de soins et prothèses dentaires (Hors réseau)</b>	✓ La facture acquittée
	<b>Implants (Hors réseau)</b>	✓ La facture acquittée ou la note d'honoraires du praticien détaillant les actes pratiqués et la codification, élément par élément, des prothèses réalisées
	<b>Cure thermale</b>	✓ La facture acquittée
	<b>Frais de maternité</b>	✓ Acceptée par la Sécurité sociale, la facture acquittée de l'établissement de cure, les justificatifs des frais de transport et d'hébergement
	<b>Frais d'adoption</b>	✓ Un extrait de l'acte de naissance
	<b>Frais d'adoption</b>	✓ La facture des frais restés à charge
	<b>Médecine douce</b>	✓ Le jugement d'adoption plénière
	<b>Médecine douce</b>	✓ Le justificatif des frais acquittés
		✓ La facture acquittée

Tout dépassement d'honoraires fait l'objet d'une demande de justificatifs.

**Si le contrat le prévoit**, pour toutes demandes de remboursements liées à une prestation non remboursée par la Sécurité sociale, une facture originale est nécessaire **au-dessus de 100 euros**.



## Qu'est-ce que la télétransmission ?

La Télétransmission NOEMIE permet la transmission directe de vos décomptes de Sécurité sociale vers GRAS SAVOYE.



Lors de votre affiliation, si vous avez transmis la copie de votre attestation de carte Vitale, nous faisons automatiquement une demande de liaison Noemie avec la CPAM indiquée sur votre attestation.

Si aucune autre complémentaire n'est connectée à votre compte, la liaison Noemie est établie sous 5 à 10 jours.

Une fois la télétransmission mise en place, le message suivant apparaît sur votre décompte Sécurité sociale :

*« Ces informations ont été directement transmises "à Gras Savoye" ou "à votre complémentaire" »*

Si vous ne souhaitez pas la télétransmission, vous devez le formuler par écrit à :

**GRAS SAVOYE SANTE - TSA 84256 – 77283 Avon Cedex**

Dans ce cas, vous devrez nous adresser vos décomptes de Sécurité sociale pour que nous puissions vous rembourser la part complémentaire.

**ATTENTION : vous avez 2 ans après le règlement de la Sécurité sociale pour nous soumettre votre demande de remboursement.**

## En cas de changement de situation



1. En cas de changement de CPAM suite à un déménagement
2. En cas de nouveaux bénéficiaires inscrits sur votre numéro de Sécurité sociale

**Vous devez nous adresser une copie de votre nouvelle attestation carte Vitale téléchargeable sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)**

Soit via l'extranet client :  
<http://espace-client.grassavoye.com>,  
rubrique "**formulaire de contact**"

Soit par mail :  
[sante.jaune@grassavoye.com](mailto:sante.jaune@grassavoye.com)

Dès réception de votre attestation, nous procédons à la demande de télétransmission avec la nouvelle CPAM.

### Cas particuliers où la télétransmission ne peut être mise en place

- Si un ayant droit est adhérent à une autre complémentaire pratiquant la télétransmission, ou s'il bénéficie d'un régime à adhésion obligatoire dans son entreprise.
- Si le régime de la Sécurité sociale des étudiants (SMERAG, MAGE...) dont dépend l'étudiant, ne pratique pas la télétransmission.
- Pour les bénéficiaires dépendant d'un autre régime que le régime général (par exemple : SNCF, MGP, MNT, RATP, ...).

## Comment fonctionne le tiers payant ?

### Avec notre partenaire SP Santé

**Ce service vous dispense de faire l'avance de frais dans le cadre du respect du parcours de soins.** Les professionnels de santé signataires de la convention SP Santé, notre partenaire, sont réglés à hauteur du montant des garanties du contrat, pour les postes suivants :

- Les pharmaciens.
- Les radiologues.
- Les laboratoires.
- Les auxiliaires médicaux (infirmier(e)s, kinésithérapeutes ...).
- Les soins externes.

Vous recevez une attestation de tiers payant mentionnant l'ensemble de vos bénéficiaires rattachés à votre numéro de Sécurité sociale. **Votre conjoint et vos enfants ayant leur propre numéro de Sécurité sociale reçoivent leur carte de tiers payant à condition de ne pas bénéficier de leur propre complémentaire santé.**

### Avec notre partenaire Santéclair

**Le tiers payant optique, dentaire et audioprothèse fonctionne exclusivement chez les partenaires du réseau Santéclair.**

Vous devez présenter votre attestation de tiers payant aux professionnels du réseau et demander à bénéficier des avantages Santéclair qui vous sont réservés.

## Exemple d'une attestation de tiers payant

Codes		Assuré social : ARNAUD CELINE		Période de garantie : 01/11/2009 au 31/12/2009						
N° de FAMC :	00401028	N° INSEE : 2 82 01 93 078 078 87		N° contrat : 000000077030203						
N° d'adhérent :	52712338	Code G R : 01 131		Complément G R :						
Débiteur APHP :										
Bénéficiaire(s) du tiers-payant		Dépenses de santé concernées par le tiers-payant (*)								
Nom - Prénom		PHAR	LABO	RADL	AUXM	CSSE	OPTI	DENT	AUDI	HOSP
Date de naissance (J/M/A)	Rang	SP	SP	SP	SP	SP	SC	SC	SC	OC
ARNAUD CELINE	1	100%	100%	100%	100%	100%	PEC	PEC	PEC	PEC
28/01/1982							(1)	(1)	(1)	(2)
ARNAUD OLIVIER	1	100%	100%	100%	100%	100%	PEC	PEC	PEC	PEC
18/09/1979							(1)	(1)	(1)	(2)

(\*) Règle de calcul O2A : Mt RC=%TR - Mt RO  
(1) Prise en charge pour les partenaires Santclair à l'adresse précisée au verso  
(2) Prise en charge hospitalière à l'adresse précisée au verso

**Santclair** Important : Seules les dépenses avec la mention SP sont prises en charge par Santé-Dharma / RD Santé

Documents à présenter au professionnel de santé :

- ✓ Carte Vitale.
- ✓ Attestation de tiers payant en vigueur.
- ✓ Prescription médicale.

L'attestation de tiers payant est renouvelée chaque année.

Si vous n'êtes plus couvert par le régime obligatoire de votre entreprise (hors ANI et la loi sur la sécurisation de l'emploi), vous êtes radié du régime et devez retourner l'attestation sans délai.

## Vous utilisez les cartes de tiers payant et Vitale

Vous ne réglez rien (hormis les produits non remboursables, les actes hors nomenclature ou les dépassements). Vous n'avez aucune démarche à faire, le traitement est automatique entre le praticien, la Sécurité sociale et Gras Savoye.

## Vous utilisez uniquement votre carte Vitale

Vous réglez la partie complémentaire Gras Savoye et demandez au professionnel de santé un justificatif à faire parvenir à Gras Savoye afin d'obtenir votre remboursement dans la limite prévue au contrat.

## Vous n'utilisez aucune carte

**Vous réglez la totalité des frais réels.** Vous adressez la prescription et la feuille de soins à la Sécurité sociale. Nous procédons ensuite au remboursement, nous pouvons, suivant les actes, vous demander un justificatif.

## Quels sont les services Santéclair ?

Ces services se matérialisent par :

- Des professionnels de santé qui se sont engagés **contractuellement** sur de bonnes pratiques professionnelles, des tarifs préférentiels, des services exclusifs et le tiers payant en faveur des assurés.
- Des réseaux contrôlés régulièrement sur les tarifs pratiqués (via le tiers payant) et la qualité des équipements / soins proposés (exemple : traçabilité des verres, contrôle sur radio en dentaire, remise par le praticien d'un certificat de traçabilité des prothèses réalisées, sur demande du patient).
- Des réseaux qui permettent d'avoir des équipements de qualité au meilleur prix.



**Pas de tiers payant possible hors réseau Santéclair**

## Présentation du réseau



### 3 000 OPTICIENS

Tiers payant.

**Des tarifs jusqu'à 40 % inférieurs en moyenne** au prix marché sur les verres et les traitements des plus grands fabricants.

15 % de remise sur toutes les montures.

Services privilégiés : garantie adaptation (1 mois pour les unifocaux, 2 mois pour les multifocaux), garantie anti-casse de 2 ans avec une franchise maximum de 40 %.



### 60 CENTRES DE CHIRURGIE REFRACTIVE

**Des tarifs en moyenne 30% inférieurs** aux prix du marché par centre et par technique.



### 2 900 CHIRURGIENS-DENTISTES

Des traitements adaptés au besoin réel et des tarifs préférentiels sur les prothèses dentaires (-15 % à -20 %), l'orthodontie ou encore la parodontie.

Des contrôles qualité renforcés par Santéclair et la mise à disposition par le praticien, sur demande du patient, d'un certificat de traçabilité sur les prothèses réalisées.

### 35 IMPLANTOLOGUES SPECIALISTES



### 600 AUDIOPROTHESISTES

**Des prix négociés de 40 à 50 % inférieurs** aux prix moyens de marché sur la totalité des gammes des plus grandes marques.

Services privilégiés : garantie adaptation (une période d'essais de la prothèse au moins égale à 1 mois), transparence de la facturation, un bilan auditif gratuit.



### 280 DIETETICIENNES

Des tarifs préférentiels en moyenne de **15 % inférieurs** aux prix du marché.

*Pas de tiers payant*



### 280 OSTEOPATHES ET CHIROPRACTEURS

Des tarifs de séance négociés en moyenne de **10 à 15 % inférieurs** aux prix du marché.

*Pas de tiers payant*

L'assuré obtient les adresses des partenaires sur l'extranet client, rubrique « **Trouver un praticien** ».

## Comment faire analyser les devis ?

Si vous consultez un professionnel de santé en dehors du réseau Santéclair, vous pouvez demander une analyse de devis pour ses dépenses en audioprothèse, optique et dentaire.

Les devis sont téléchargeables sur l'extranet client, rubrique " Démarches en ligne " → Devis hors réseau.



### TRANSMISSION DES DEVIS

Par courrier :

GRAS SAVOYE SANTE  
TSA 84256 - 77283 AVON CEDEX

OU

Par Mail : [sante.jaune@grassavoie.com](mailto:sante.jaune@grassavoie.com)

OU

Par l'extranet client : <http://espace-client.grassavoie.com>

Rubrique "démarches en ligne → Envoyez un devis hors réseau"

Cette étude est réalisée par  
**Santéclair**  
Informations & réseaux de soins

Demande à adresser à Santéclair  
sous pli confidentiel,  
à l'attention de M ou M<sup>me</sup> le Médecin Conseil  
78 boulevard de la République  
92514 Boulogne-Billancourt Cedex  
Fax : 01 47 41 20 92 - Mail : [devis@santclair.fr](mailto:devis@santclair.fr)

**TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES SONT INDISPENSABLES AU TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DEVIS**

**IDENTIFICATION / ASSURÉ - PATIENT (à remplir par l'Assuré)**

Nom de l'organisme gestionnaire de votre contrat santé Votre N° de contrat / Sociétaire Nom de votre entreprise

Nom Prénom Date de naissance

Assuré Patient

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone fixe (en journée) \_\_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ Facsimile de recevoir des informations par mail  par SMS

**DEVIS ACTE D'ANESTHÉSIE  
HOSPITALISATION CHIRURGICALE OU OBSTÉTRICALE PROGRAMMÉE**  
(Document à lire compléter par votre anesthésiste)

**Volet MEDICAL**

**ACTE CHIRURGICAL**  
Codification CCAM de l'acte : \_\_\_\_\_  
Date d'intervention : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT DE SOINS :**  
Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

**HOSPITALISATION**  
Durée prévisible de l'hospitalisation (0 litre indicatif) : \_\_\_\_\_  
 Hospitalisation de jour  Hospitalisation Complète

**ANESTHÉSISTE**  
Nom de l'anesthésiste : \_\_\_\_\_ Numéro ADELI : \_\_\_\_\_  
Secteur d'installation : Secteur 1:  Secteur 2:   
Montant des honoraires Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_ € Montant du déplacement : \_\_\_\_\_ €

Signature de l'assuré \_\_\_\_\_ Date, cachet et signature du praticien \_\_\_\_\_  
Date de la demande \_\_\_\_\_

Cette étude est réalisée par  
**Santéclair**  
Informations & réseaux de soins

Demande à adresser à Santéclair  
78 boulevard de la République  
92514 Boulogne-Billancourt Cedex  
Fax : 01 47 41 20 92 - Mail : [devis@santclair.fr](mailto:devis@santclair.fr)

**TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES SONT INDISPENSABLES AU TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DEVIS**

**IDENTIFICATION / ASSURÉ - PATIENT (à remplir par l'Assuré)**

Nom de l'organisme gestionnaire de votre contrat santé Votre N° de contrat / Sociétaire Nom de votre entreprise

Nom Prénom Date de naissance

Assuré Patient

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone fixe (en journée) \_\_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ Facsimile de recevoir des informations par mail  par SMS

**DEVIS APPAREILS AUDITIFS (à remplir par le professionnel de soins)**

**PRESCRIPTION O.R.L. : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_**

**merci de joindre une copie de l'audiogramme**

Premier appareillage	Renouvellement d'appareillage	PRIX HT	PRIX TTC
<b>1 Appareil(s) électronique(s) connecté(s) de surdité programmé(s) incluant tous les accessoires nécessaires à son bon fonctionnement :</b>			
Appareil droit			
- Marque _____	- Mobile _____		
- Type <input type="checkbox"/> Intra ou <input type="checkbox"/> Circum _____	- Durée de sa garantie _____		
- Classe de l'appareil _____			
Appareil gauche			
- Marque _____	- Mobile _____		
- Type <input type="checkbox"/> Intra ou <input type="checkbox"/> Circum _____	- Durée de sa garantie _____		
- Classe de l'appareil _____			
		Sous Total (1)	
<b>2 Prescription d'adaptation INDISPENSABLE de l'appareil proposé (à détailler du contenu minimal en annexe du devis)</b>			
2.1 Prestation associée à l'appareil droit			
2.2 Prestation associée à l'appareil gauche			
		Sous Total (2)	
		Sous Total (1 + 2)	
<b>OFFRE PROMOTIONNELLE</b> DÉTAIL (généric) Total (3)			
EXTENSION DE GARANTIE		NATURE (généric)	DURÉE FRANCHISE Total (4)
Total devis (1 + 2 + 3 + 4)			
ESSAI PRÉALABLE		DURÉE	Montant des frais de fabrication en cas d'essai négatif
			Montant de dépôt de garantie
Devis établi par (nom du vendeur) :		Date _____	
Devis valable jusqu'à/au : _____		cachet et signature du praticien _____	



# Livret d'accueil frais de santé Tiers payant SPSANTE, réseau SANTECLAIR

Cette étude est réalisée par **Santéclair** sous pli confidentiel. Demande à adresser à Santéclair, 78 boulevard de la République, 92514 Boulogne-Billancourt Cedex. Fax: 01 47 61 20 92 - Mail: devis@santclair.fr

**TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES SONT INDISPENSABLES AU TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DEVIS**

**IDENTIFICATION / ASSURÉ - PATIENT (à remplir par l'Assuré)**

Nom de l'organisme gestionnaire de votre contrat santé / Votre N° de contrat / Sociétaire / Nom de votre entreprise

Nom, Prénom, Date de naissance

Assuré Patient

Adresse, Code postal, Ville, Téléphone fixe (en journée), Téléphone portable, Mail

**DEVIS ACTE DE CHIRURGIE OU D'OBSTÉTRIQUE HOSPITALISATION CHIRURGICALE OU OBSTÉTRICALE PROGRAMMÉE**

**Volet MEDICAL**

**ACTE CHIRURGICAL**

Codification CCAM de l'acte, Date d'intervention

**IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS:**

Nom de l'établissement, Adresse, Ville, Code Postal

**HOSPITALISATION**

Duration prévisible de l'hospitalisation, Hospitalisation de jour, Hospitalisation Complète

**CHIRURGIEN OU OBSTÉTRICIEN**

Nom du praticien, Secteur d'installation, Secteur 1, Secteur 2, Numéro ADEL, Montant des honoraires Sécurité Sociale, Montant du dépaiement

Signature de l'assuré, Date, cachet et signature du praticien

Cette étude est réalisée par **Santéclair** sous pli confidentiel. Demande à adresser à Santéclair, 78 boulevard de la République, 92514 Boulogne-Billancourt Cedex. Fax: 01 47 61 20 92 - Mail: devis@santclair.fr

**TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES SONT INDISPENSABLES AU TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DEVIS**

**IDENTIFICATION / ASSURÉ - PATIENT (à remplir par l'Assuré)**

Nom de l'organisme gestionnaire de votre contrat santé / Votre N° de contrat / Sociétaire / Nom de votre entreprise

Nom, Prénom, Date de naissance

Assuré Patient

Adresse, Code postal, Ville, Téléphone fixe (en journée), Téléphone portable, Mail

**DEVIS POUR LUNETTES (à remplir par le professionnel de santé)**

Date de la prescription

Ventes prescrites (ou ordonnance): VL VP VL/VP Ventes choisies: VL VP VL/VP

**ŒIL DROIT** / **ŒIL GAUCHE**

Sphère, Cylindre, Axe, Addition

**VERRE DROIT & TRAITEMENTS (Références Indispensables)**

Fabricant, Indice, Dénomination du verre, VERRE DROIT, DURC, SAR, Coloration, Coloration spéciale, Photochromique, Préal / Ep. spéciale, Prisme, Base spéciale, Autre

**VERRE GAUCHE & TRAITEMENTS (Références Indispensables)**

Fabricant, Indice, Dénomination du verre, VERRE GAUCHE, DURC, SAR, Coloration, Coloration spéciale, Photochromique, Préal / Ep. spéciale, Prisme, Base spéciale, Autre

Monture: Marque, Montage, Cerdé, Nylon, Percé, Autres

Prix de la Monture, Total Equipement

**OFFRE PROMOTIONNELLE**

Détail	CABANITE	NATURE (préciser)	DUREE	FRANCHISE	COUT
Verre					
Monture					
Adaptation					
<b>TOTAL DEVIS LUNETTE</b>					

Cachet du professionnel de santé

Date et signature de l'opticien

Cette étude est réalisée par **Santéclair** sous pli confidentiel. Demande à adresser à Santéclair, 78 boulevard de la République, 92514 Boulogne-Billancourt Cedex. Fax: 01 47 61 20 92 - Mail: devis@santclair.fr

**TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES SONT INDISPENSABLES AU TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DEVIS**

**IDENTIFICATION / ASSURÉ - PATIENT (à remplir par l'Assuré)**

Nom de l'organisme gestionnaire de votre contrat santé / Votre N° de contrat / adhérent / Nom de votre entreprise (ou contrat collectif)

Nom, Prénom, Date de naissance

Assuré Patient

Adresse, Code postal, Ville, Téléphone fixe (en journée), Téléphone portable, Mail

**DEVIS DENTAIRE POUR TRAITEMENT PROTHÉTIQUE (à remplir par le professionnel de santé)**

Indiquez sur le schéma la situation initiale:

0 Obliteration coronaire

+ Prothèse

X Dent absente

= Inter de bridge

□ Dent à extraire

■ Implant

Arcade complète: Haut / Bas

Désignation: Fixe / Amovible / Autre (préciser)

**SCHEMA DENTAIRE**

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

**TRAITEMENT**

Type de prothèse	N° des dents	Cotation	Matériaux (cocher la case correspondante)	Prix d'achat prothèse en €*	Honoraires prestations accolées en €*	Honoraires Totaux en €
Couronne tamisule ou provisoire			SP / Préimpr			
Couronne métallique						
CVF céramique						
Couronne céramo-métallique						
Inter de bridge métallique						
Inter de bridge CVF céramique						
Inter de bridge céramo-métallique						
Inlay sans sans clavette						
Inlay avec avec clavette						
Inlay/Onlay métal						
Inlay/Onlay céramique						
Inlay/Onlay composite						
Prothèse adjointe provisoire						
Prothèse adjointe immédiate						
Prothèse adjointe résine						
Skelle						
Implants						
Piliers (implantaires)						
Couronne provisoire sur implant						
Couronne sur implant non solidarisée						
Couronnes sur implants solidarisées						
Autre prothèse sur implants						

Montant total du devis

Cachet et signature du praticien

Date du devis, Cachet et signature, N° ADEL, N° RPPS, Nom du praticien

Cette étude est réalisée par **Santéclair** sous pli confidentiel. Demande à adresser à Santéclair, 78 boulevard de la République, 92514 Boulogne-Billancourt Cedex. Fax: 01 47 61 20 92 - Mail: devis@santclair.fr

**TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES SONT INDISPENSABLES AU TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DEVIS**

**IDENTIFICATION / ASSURÉ - PATIENT (à remplir par l'Assuré)**

Nom de l'organisme gestionnaire de votre contrat santé / Votre N° de contrat / adhérent / Nom de votre entreprise (ou contrat collectif)

Nom, Prénom, Date de naissance

Assuré Patient

Adresse, Code postal, Ville, Téléphone fixe (en journée), Téléphone portable, Mail

**DEVIS D'ORTHODONTIE (à remplir par le professionnel de santé)**

Anomalie(s) basales(s) / Anomalie(s) alvéolaires(s) / Anomalie(s) dentaire(s)

Sens sagittal, Sens transversal, Sens vertical, Hypodivergence, Hyperdivergence, Supracrochons

Maillatère, Mandibulaire, Agnésie(s), Dent(s) suralimentaire(s), Dent(s) incluse(s), Malposition(s)

Orthodontie: Maillatère, Mandibulaire, Agnésie(s), Dent(s) suralimentaire(s), Dent(s) incluse(s), Malposition(s)

Orthodontie inverse: Droite, Gauche, ATM, Classe squelettique

Désignation de l'acte, Cotation sécurité sociale, Honoraires

Examen / bilan, Surveillance / interruption, Autre

Désignation de l'acte, Cotation sécurité sociale, Tarif prothèse\*, Honoraires praticien(s), Honoraires totaux (1)+(2)

Appareil amovible, Multibague métal, Multibague esthétique, Contention 1<sup>er</sup> année, Contention 2<sup>nd</sup> année

Montant total du devis, Durée du traitement

**DEVIS DE PARODONTIE**

Indiquez sur schéma la situation initiale: 0 sain, 1 gingivite, 2 tartre - poche 0,5 à 4 mm, 3 poche 4 à 5,5 mm, 4 poche 6 mm et +

Présence de mobilité dentaire, Présence de dénudation radiculaire, Présence d'une pathologie de l'occlusion

N° dent, N° de dent

**Plan de traitement**

Traitement	Cotation SS	Honoraires (1)	Traitement	Cotation SS	Honoraires (2)
Prothèse (orthodontique métallique)			Graffe gingivale		
Lithotomie			Graffe osseuse		
Contourage surajouté			Matériau de comblement		
Charge parodontale/dénudation			Membrane		
Débridage sus et sous gingival			Ratelle de sinus		
Élongation coronaire			Amélie de contention collée		
Gingivectomie			Prothèse atèle de contention		

Montant total des honoraires (1) + (2)

Montant total du devis

Cachet et signature du praticien

Date du devis, Cachet et signature, N° ADEL, N° RPPS, Nom du praticien

## Comment demander une prise en charge hospitalière ?

La prise en charge vous permet d'éviter l'avance des frais de séjour dans le cadre d'hospitalisation médicale ou chirurgicale dans des cliniques conventionnées ou des hôpitaux publics.

Vous pouvez demander une prise en charge hospitalière :

### Soit par téléphone

 N° Azur 0 810 200 399  
PRIX APPEL LOCAL

### Soit par courrier

**GRAS SAVOYE SANTE - TSA 84256 - 77283 AVON CEDEX**

Vous devez nous communiquer les informations suivantes :

- Le nom, prénom et la date de naissance de la personne hospitalisée en précisant s'il s'agit de vous-même, de votre conjoint ou d'un ayant droit bénéficiaire.
- Votre numéro de Sécurité sociale ou celui de l'ayant droit hospitalisé.
- L'adresse de l'établissement hospitalier, la date d'hospitalisation, le service concerné et son numéro de fax.

La prise en charge est faxée à l'établissement hospitalier et une copie vous sera transmise.

Soit sur l'extranet client : <http://espace-client.grassavoie.com>

Complétez le formulaire de demande de prise en charge hospitalière dans le menu  
« **Démarches en ligne** ».

The screenshot shows a web interface for 'Prise en charge hospitalière' (Hospital admission) on the Grassavoie website. The page has a header with the logo and a navigation menu on the left. The main content area is divided into three sections: 'Recherche de l'établissement', 'Établissement', and 'Personne hospitalisée'. The 'Recherche de l'établissement' section has a text input for 'code FINESS\*' and a 'Rechercher' button. The 'Établissement' section displays details for 'CH AUXERRE' and has input fields for 'Fax du service d'admissions' and 'Téléphone'. The 'Personne hospitalisée' section has dropdown menus for 'Bénéficiaire\*' (with 'Claire Dupont' selected), and input fields for 'Date d'entrée\*' and 'Date de sortie\*'. A 'Valider la PEC' button is at the bottom.

La demande de prise en charge devra être faite **moins d'un mois** avant la date prévue de l'hospitalisation.

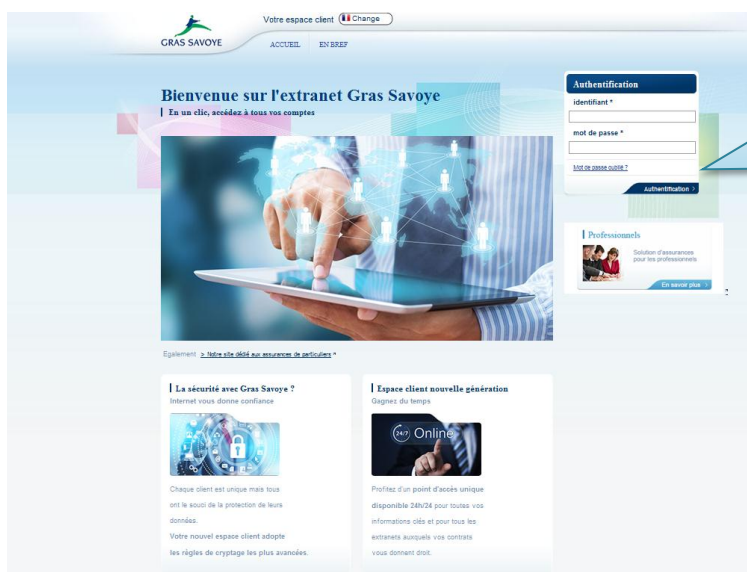


## Quels sont vos services ?

Votre extranet client

<http://espace-client.grassavoie.com>

Comment vous connecter ?



Identifiant : votre e-mail

Mot de passe : communiqué par mail

20

Dès l'ouverture de la page d'accueil, vous visualisez vos derniers remboursements.

Sur votre gauche, un menu vous permet d'accéder à un ensemble d'informations notamment vos coordonnées, vos remboursements, etc.



Fonctionnalités

Accès rapide à certaines fonctionnalités

Vos derniers remboursements

Des alertes suivant l'actualité



Bienvenue Claire Dupont Retour Espace client

Bienvenue sur votre extranet assuré

- Accueil
- Mon compte
- Remboursements
- Démarches en ligne
- Informations pratiques
- Trouver un praticien
- Conseils Santé
- Nos coordonnées

Trouver un praticien

Formulaire de contact

Vos documents

### Demiers remboursements

Date	Bénéficiaire	Montant	Message	Détails
25/07/2013	Claire Dupont	6,90 €		🔍
19/06/2013	Claire Dupont	-	✉	🔍
11/04/2013	Claire Dupont	6,90 €		🔍

### Alerte infos

Obtenez plus rapidement vos remboursements en passant au virement bancaire ! Transmettez-nous votre relevé IBAN en utilisant le [formulaire de contact](#) prévu à cet effet.

## Consultation et mise à jour du dossier personnel

- Mise à jour de l'adresse postale et des informations bancaires.
- Consultation des informations contrats (numéro d'adhérent, établissement de rattachement, alternative du contrat, numéro de police, nom de l'assureur).
- Consultation des bénéficiaires du contrat (nom, prénom, lien familial, période d'adhésion, liaison Noémie avec motif du rejet éventuel).
- Consultation des infos de la carte de tiers payant (nom des bénéficiaires, type de carte, date de demande de création, période de validité).
- Téléchargement du tableau de garanties Frais de Santé.
- Affichage des 10 dernières correspondances.
- Bibliothèque des documents téléchargeables.

## Remboursements effectués ou en attente

- Affichage détaillé par date de virement des 5 derniers remboursements effectués avec possibilité de télécharger les décomptes.
- Affichage détaillé par date de virement des remboursements en attente de justificatifs avec possibilité de télécharger le courrier de demande de pièces.
- E-relevés : téléchargement des décomptes mensuels de remboursements sur 2 ans au format PDF.

## Démarches en ligne

- **Prises en charge hospitalières** : réception par email de la prise en charge et envoi automatique à l'établissement hospitalier.
- **Devis** : formulaire de contact permettant l'envoi d'un devis pour connaître le montant éventuel de votre reste à charge.
- **Demander l'édition d'un certificat** : recevoir par email un certificat d'adhésion ou de radiation au global, pour l'ensemble des bénéficiaires ou au détail, par bénéficiaire.
- **Demander la réédition d'une carte de tiers payant.**

## Autres services

- **Formulaire de contact** : permet de déposer un message et de joindre des documents : demande de remboursement, envoi d'une facture, changement de RIB, envoi d'un acte de naissance, envoi d'un certificat de scolarité, demande de carte de tiers payant, demande d'information.
- **Suivi des demandes** : historique et état d'avancement des demandes faites en ligne.
- **Inscription aux e-services** : alertes email, relevés en ligne.
- **Infos pratiques** : liens utiles, comment faire, Foire aux Questions classées par grandes thématiques, lexique ...
- **Conseils Santé** : accès aux modules automédication, informations hospitalières, arrêter le tabac, dépistage et prévention, alimentation.



## La géolocalisation des partenaires médicaux

- Consulter l'annuaire des professionnels de santé, via le site de géolocalisation.
- Sélectionner une discipline parmi les catégories suivantes : Auxiliaires médicaux, Biologie, Médecine de Ville, Optique, Pharmacie, Radiologie puis choisir un département.

## Quelles sont vos garanties ?

. HOSPITALISATION	
<p><b>Hospitalisation médicale et chirurgicale :</b></p> <p>. Frais de séjour (frais de structure et de soins) et Fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques)</p> <p>. Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire</p>	<p><i>Etablissements conventionnés :</i> <b>100 %</b> des Frais Réels (1) dans la limite de <b>400 %</b> de la BR</p> <p><i>Etablissements non conventionnés :</i> <b>80 %</b> des Frais Réels (1) dans la limite de <b>400 %</b> de la BR</p> <p><i>Etablissements conventionnés :</i> <b>100 %</b> des Frais Réels (1) dans la limite de <b>400 %</b> de la BR</p> <p><i>Etablissements non conventionnés :</i> <b>80 %</b> des Frais Réels (1) dans la limite de <b>400 %</b> de la BR</p>
. Chambre Particulière	<p><i>Etablissements conventionnés :</i> <b>100 %</b> des Frais Réels dans la limite de <b>5,5 %</b> du PMSS par jour</p> <p><i>Etablissements non conventionnés :</i> <b>80 %</b> des Frais Réels dans la limite de <b>5,5 %</b> du PMSS par jour</p>
. Forfait Hospitalier	<b>100 %</b> des Frais Réels
. Frais d'Accompagnement	<b>100 %</b> des Frais Réels dans la limite de <b>3 % du PMSS par jour</b>
. Participation forfaitaire de 18 euros	Prise en charge
Hospitalisation à domicile	
. Honoraires des médecins libéraux	<b>100 %</b> des Frais Réels (1)
. Autres frais	<b>100 %</b> des Frais Réels (1)
. PRATIQUE MEDICALE COURANTE	
. Consultation, visite d'un généraliste	<b>100 %</b> des Frais Réels (1) dans la limite de <b>200 %</b> de la BR (2)
. Consultation, visite d'un spécialiste	<p><i>Dans le parcours de soins :</i> <b>100 %</b> des Frais Réels (1) dans la limite de <b>330 %</b> de la BR (2)</p> <p><i>En dehors du parcours de soins :</i> <b>80 %</b> des Frais Réels (1) dans la limite de <b>330 %</b> de la BR (2)</p>
. Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	<b>100 %</b> des Frais Réels (1) dans la limite de <b>200 %</b> de la BR
. Frais d'analyse et de laboratoire	<b>100 %</b> des Frais Réels (1) dans la limite de <b>200 %</b> de la BR
. Actes de spécialité	<b>100 %</b> des Frais Réels (1) dans la limite de <b>400 %</b> de la BR (2)
. Radiologie . Ostéodensitométrie prise en charge par la SS	<b>100 %</b> des Frais Réels (1) dans la limite de <b>200 %</b> de la BR (2)
. MEDECINE ALTERNATIVE	
Ostéopathie – Chiropractie – Acupuncture – Homéopathie	<b>100 %</b> des Frais Réels dans la limite de <b>40 euros par séance et de 4 séances par an et par bénéficiaire</b>
Diététicien (uniquement pour les enfants de - de 12 ans)	<b>100 %</b> des Frais Réels dans la limite de <b>30 euros et d'une consultation par an et par enfant</b>
. PHARMACIE	
. Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	<b>100 %</b> de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité (1)
. TRANSPORT	
. Frais de Transport	<b>100 %</b> des Frais Réels (1) dans la limite de <b>200 %</b> de la BR

<b>. OPTIQUE</b>	
<b>Pour les adultes et les enfants de 18 ans et plus, le remboursement de l'INSTITUTION est limité à une monture tous les 2 ans par bénéficiaire sauf en cas de changement du défaut visuel</b>	
<b>Pour les enfants de moins de 18 ans, le remboursement de l'INSTITUTION est limité à une monture par an et par bénéficiaire</b>	
<b>. Montures</b>	<p><b>Dans le réseau partenaire :</b> 100 % des Frais Réels (1) dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à <b>150 euros</b></p> <p><b>En dehors du réseau partenaire :</b> 100 % des Frais Réels (1) dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à <b>125 euros</b></p>
<b>. Verres</b>	<b>Voir grille optique ci-après</b>
<b>. Lentilles prises en charge ou non par la SS</b>	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de 500% de la BR (ou BR reconstituée) dans le réseau partenaire / dans la limite de 375% de la BR hors du réseau partenaire (ou BR reconstituée)
<b>. Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)</b>	100 % des Frais Réels dans la limite de <b>35% du PMSS</b> / œil opéré
<b>. DENTAIRE</b>	
<b>. Soins dentaires y compris parodontologie pris en charge par la SS</b>	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de <b>200 %</b> de la BR
<b>. Inlay-Onlay</b>	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de <b>500 %</b> de la BR
<b>. Implantologie</b>	100 % des Frais Réels dans la limite de <b>600 euros</b> par implant et de <b>3 implants</b> par an et par bénéficiaire
<b>. Prothèses dentaires prises en charge par la SS</b>	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de <b>500 %</b> de la BR
<b>. Prothèses dentaires non prises en charge par la SS y compris hors nomenclature</b>	100 % des Frais Réels dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à <b>80 euros</b>
<b>. Orthodontie prise en charge par la SS</b>	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de <b>500 %</b> de la BR
<b>. APPAREILLAGE</b>	
<b>. Orthopédie</b>	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de <b>500 %</b> de la BR
<b>. Prothèses auditives</b>	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de <b>600 %</b> de la BR
<b>. ALLOCATION FORFAITAIRE</b>	
<b>. Maternité</b>	Allocation forfaitaire égale à <b>655 euros</b>
<b>. CURE THERMALE</b>	
<b>. Cure Thermale prise en charge par la SS</b>	100 % des Frais Réels (1) dans la limite de <b>200 %</b> de la BR
<b>. PREVENTION</b>	
<b>. Vaccin anti-grippe non pris en charge par la SS</b>	<b>100 %</b> des Frais Réels
<b>. Frais de prévention règlementaire</b>	Prise en charge des actes de prévention (3) dans la limite de <b>100 %</b> de la BR (1)

- (1) sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité Sociale  
(2) dans la limite d'un dépassement à hauteur de 100% de la BR pour les soins délivrés par les médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins, limite portée à 125% de la BR pour les exercices 2015 et 2016.  
(3) figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006

**BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale**  
**BRR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale reconstituée**  
**MR = Montant Remboursé par la Sécurité Sociale**  
**PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'année**  
**SS = Sécurité Sociale**



**GRILLE OPTIQUE**

		OPTICIEN PARTENAIRE SANTECLAIR	LIBRE CHOIX DE L'OPTICIEN
Classe	Valeur de la sphère	GARANTIE PAR VERRE 100 % des Frais Réels (1) dans la limite de	GARANTIE PAR VERRE 100 % des Frais Réels (1) dans la limite de
<b>Verres simples foyer, sphériques</b>			
(a)	Sphère de -6 à +6	125 €	100 €
(c)	Sphère de -6,25 à -10 ou +6,25 à +10	175 €	130 €
	Sphère hors zone de -10 à +10	250 €	185 €
<b>Verres simples foyer sphéro-cylindriques</b>			
(a)	Cylindre $\leq$ +4 sphère de -6 à +6	125 €	100 €
(c)	Cylindre $\leq$ +4 sphère hors zone de -6 à +6	175 €	130 €
	Cylindre $>$ +4 sphère de -6 à +6	175 €	130 €
	Cylindre $>$ +4 sphère hors zone de -6 à +6	250 €	185 €
<b>Verres multifocaux ou progressif sphériques</b>			
(c)	Sphère de -4 à +4	175 €	130 €
(f)	Sphère hors zone de -4 à +4	250 €	185 €
<b>Verres multifocaux ou progressif sphéro-cylindriques</b>			
(c)	Sphéro-cylindriques, sphère de -8 à +8	250 €	185 €
(f)	Sphère hors zone de -8 à +8	250 €	185 €

(1) sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité Sociale

NB : seule la notice d'information émise par l'assureur fait foi.

## Lexique

<b>Assuré social</b>	Personne bénéficiant de la Sécurité sociale par son inscription au régime obligatoire.
<b>Assureur</b>	Compagnie d'assurance ou institution de prévoyance qui assure les garanties frais de santé.
<b>Attestation Vitale</b>	Attestation papier reproduisant les données contenues sur la puce de la carte Vitale.
<b>Auxiliaires Médicaux</b>	Ce terme regroupe les professionnels de santé suivants : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les podologues et les pédicures.
<b>B.R.</b>	<b>Base de Remboursement (notion CCAM)</b> Tarif fixé par la Sécurité sociale pour tout acte pratiqué par un professionnel de santé.
<b>C.C.A.M.</b>	<b>Classification Commune des Actes Médicaux</b> Codification pour les actes techniques du secteur libéral et du secteur hospitalier (actes de chirurgie, anesthésie réanimation, actes communs aux auxiliaires médicaux).
<b>C.P.A.M</b>	<b>Caisse Primaire d'Assurance Maladie</b> Organisme effectuant les remboursements du régime obligatoire.
<b>F.R.</b>	<b>Frais Réels</b> Montant des frais médicaux réellement engagés (honoraires versés aux praticiens, factures...).
<b>F.S.E.</b>	<b>Feuille de Soins Electronique</b> dématérialisée transmise directement par le médecin à la Sécurité sociale.
<b>Médecin conventionné</b>	Les médecins conventionnés sont répartis en deux "secteurs" : Secteur 1 : Ceux qui s'engagent à respecter le tarif fixé par la convention. Secteur 2 : Ceux qui pratiquent des honoraires libres mais qui s'engagent à fixer et à faire évoluer leurs honoraires "avec mesure". Leurs tarifs peuvent alors dépasser le tarif de la convention.
<b>Médecin non conventionné</b>	Médecin n'adhérant pas à la convention et donc soumis à aucune obligation tarifaire.
<b>PMSS</b>	<b>Plafond Mensuel de la Sécurité sociale</b>

# *Protection du capital humain*

**GRAS SAVOYE, société de courtage d'assurance et de réassurance**

Siège Social : Immeuble Quai 33, 33/34 quai de Dion Bouton, CS 70001, 92 814 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). 61 rue Taitbout. 75436 Paris Cedex 9.

Conception et rédaction : GRAS SAVOYE Assurances de Personnes © - Document non contractuel – 2014

Crédits Photos : © LanaK - Fotolia.com, © Idprod - Fotolia.com, © Rido - Fotolia.com, © Lev Dolgatsjov - Fotolia.com, © Christoph Hähnel. Fotolia.com, © vanessa martineau. Fotolia.com, © cphoto-Fotolia.com, © Vinicius Tupinamba-Fotolia.com, © photocrew - Fotolia.com, © auremar - Fotolia.com, © Yuri Arcurs - Fotolia.com, iStock©Iofoto, Getty Images ©Chabruken