

**AON**

**Your Medical  
Plan - Useful  
Guide**

---

**S&P Global**



## Contents

Useful Information	<i>P.01</i>
Beneficiaries of the plan	<i>P.02</i>
How to enroll	<i>P.03</i>
Reimbursements	<i>P.04</i>
MySanté by Aon	<i>P.06</i>
Third-party payment	<i>P.07</i>
Medical Services	<i>P.08</i>
100% Santé	<i>P.09</i>
Best Practices	<i>P.10</i>
Cover termination and maintain	<i>P.11</i>
Coverage Grid	<i>P.12</i>

Aon is entrusted with managing your healthcare plan.

The purpose of this document is to facilitate your administrative procedures with our teams.



# 1 Useful Information



Access your personal account in just a few clicks with our mobile app **MySanté by Aon**.

Your healthcare extranet is also available at [monportailsante.aon.fr](http://monportailsante.aon.fr) ▶

When you log in for the first time, identify yourself by using the membership number indicated in your third-party payment card (or in your "relevé de décomptes mensuel").

You can also enter your email address (if provided in your enrollment form).

You will then be able to request a new password by clicking « **Obtenir mon mot de passe** » (the new password will be sent to you by email).

## Your employee space allows you to:

- Submit supporting documents, request hospital care, etc...
- Consult your healthcare reimbursement statements with the option of downloading and printing them.
- Find healthcare practitioners using geolocalisation.
- Receive an alert email as soon as Aon has issued a reimbursement.
- Download your third-party payment card.

## Submit a reimbursement request

Via our mobile app **MySanté by Aon**

Via our extranet [monportailsante.aon.fr](http://monportailsante.aon.fr) ▶



If you have a question or need cover for hospital treatment :

**+33 (0)1 73 10 20 25**

**Code 226**

Monday to Friday  
from 8:30am to 6pm

[monportailsante.aon.fr](http://monportailsante.aon.fr) ▶



## 2 Beneficiaries of the plan

The mandatory premium concerning your medical plan is deducted each month from your pay slip by your employer.

It mandatorily covers you, as an employee, and it can also cover your beneficiaries:



**Your spouse, civil partner (PACS) or common-law partner.**



**Disabled children** regardless of their age, where the disability has been officially declared before their 21st birthday.



**Your children and those of your spouse under the age of 28**, as per the conditions stated in your policy contract.

### Possibility to register separate bank accounts for beneficiaries' medical reimbursements

The beneficiaries (of legal age) have the possibility to receive the medical reimbursements on their own bank account



# 3 How to enroll

When you join the company, you must fill out an enrollment form, which will identify the beneficiaries of the coverage, and you will need to attach the following documents:

- RIB (Bank account details)
- A certificate of school attendance for children over 16, or a copy of an apprenticeship contract or any other proof of the child's student status,
- A copy of your current CPAM certificate (attestation des droits) and one for each beneficiary. This certificate is available on [ameli.fr](http://ameli.fr)



**Please inform your employer and Aon of any change on your family situation.**

(Marriage, child's birth, divorce, widowhood, civil partnership (PACS), common-law partnership, end of partnership...)



# 4 Reimbursements

**In order to speed-up the reimbursement delays, we have set up the remote transmission.**

The information will be automatically communicated between your CPAM (Social Security office) and Aon.

In order for the remote transmission to take effect, you must give your consent and provide a copy of the CPAM certificate (attestation des droits) for each beneficiary covered by the policy.

You will be reimbursed by bank transfer. Your statements will be available in your personal account, via the mobile application **MySanté by Aon** or via the Aon's extranet [monportail.sante.aon.fr](https://monportail.sante.aon.fr)

Your reimbursement requests must be submitted no later than 2 years after the date of the treatment (or medical act).

**NOTE :** If your Social Security statement mentions "informations transmises à votre complémentaire Aon" (information sent to Aon), the remote transmission is active. Otherwise, you will need to send your Social Security statements to Aon.

You can also check whether the remote transmission is active with Aon via your [ameli.fr](https://ameli.fr) personal account, or via your extranet : [monportailsante.aon.fr](https://monportailsante.aon.fr)



**Remote transmission cannot be active with more than one medical admin center**



# 4 Reimbursements

## Supporting documents to be provided to Aon:

We require some additional information in order to reimburse certain medical services/acts:

### Hospitalisation

**Paid invoice** (via top-up sickness insurance slip or notice of sums to be paid and proof of payment) from the hospital as well as a receipt of practitioner's fees.

### Prothèses dentaires/orthodontics

**Remember to get quotes!** Paid and detailed invoice from the dental surgeon or orthodontist.

### Maternity

**A copy of the birth certificate** of the child

### Spa Treatment

Invoices, proof of attendance from the spa establishment.

### Vision

**Remember to compare and negotiate the price of your equipment!** If you have not used third-party payment: submit an invoice from the optician and a medical prescription detailing the visual correction.

### Other expenses not reimbursed by the Social Security (alternative medicine, etc.)

**Paid invoice** from the medical practitioner.

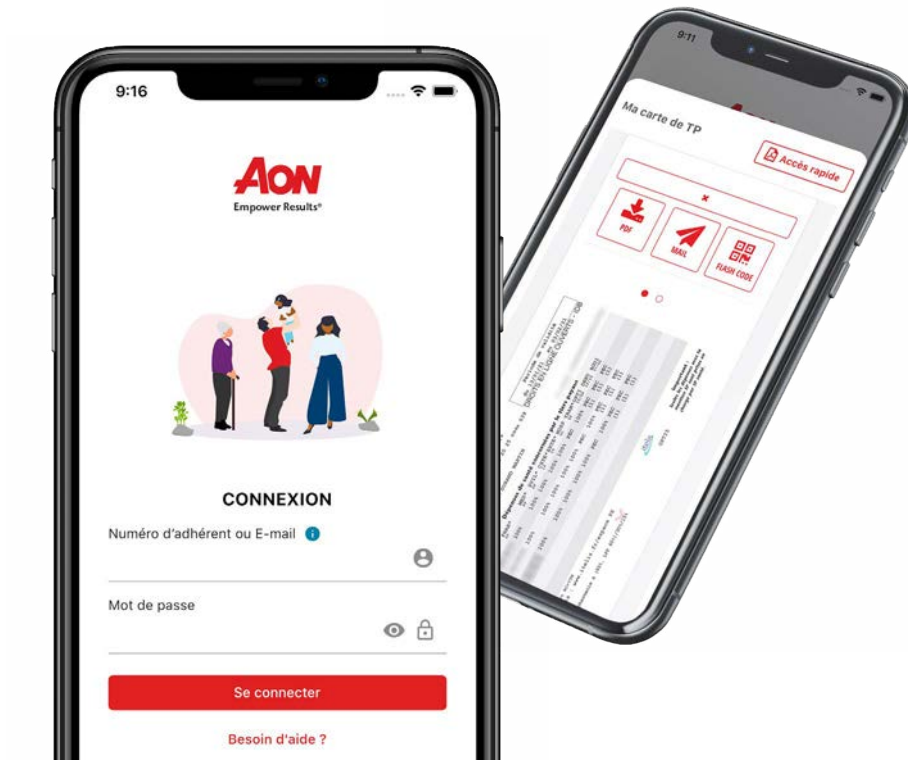


# 5 MySanté by Aon

**The mobile application to manage your healthcare cover in just a few clicks!  
With **MySanté by Aon**, you can now easily manage your medical cover.**

All the features you need on a daily basis are now quickly and securely accessible with your smartphone:

- **View and access** all the features directly,
- **With or without an internet connection**, you can access your third-party payment card in just one click,
- **See the breakdown** of your Aon medical reimbursements,
- **Submit your requests** easily,
- **Identify the healthcare professionals** in your area



**SCAN ME**





# 6 Third-party Payment

**Aon provides you with a third-party payment card, which is available via the mobile app **MySanté by Aon**.**

You can present it to your medical practitioner along with your "carte vitale" (Social Security card). That way, you will only pay for the products, services or co-payments not reimbursed by the Social Security. For the services mentioned on the third-party payment card, you will not need to pay any costs in advance if the medical practitioner accepts third-party payments.

Aon's reimbursement/cover cannot exceed the Co-payment amount, which is the amount to be financed by the insurer after deducting the Social Security Reimbursement.

For Vision, Dental Prostheses or Hearing Aids, if the medical practitioners accept the third-party payment, the level of cover is up to the amount stated in the policy contract.



# 7 Medical Services

## The Telemedicine Service

- Call a doctor 24/7
- Discuss with a doctor by video
- Medical confidentiality guaranteed
- Pharmacy prescriptions available online

## Assistance Service

In difficult times, your medical plan assists you with some additional services. For example:

- In the event of hospitalisation: Home help, student's homework assistance, learning aid for hospitalised children...;
- In case of accident: Repatriation/medical transport, emergency medical care abroad, search/rescue costs, etc.

### How to access:

- By phone (from France): **01 70 73 56 02**
- By phone (from abroad) : **+33 1 70 73 56 02**

**Your Code: SWISS0004**



## No co-payment (no cost for you)

The “100% Santé” law means that under certain conditions, your vision, dental and audiology equipments can be at no cost for you.

## Your medical plan includes the 100% Santé cover

**100% Santé cover** : Your equipment will be fully reimbursed by the Social Security and your medical plan.

**Non 100% Santé** : Reimbursement up to the limits stated in your policy contract, which may lead to a co-payment for you.

### 100% Santé... In practice

Healthcare professionals are obliged to offer you the treatment and equipment available in the 100% Health package.

## Vision

Your optician is required to provide you with a “100% Santé” quote, meaning:

- Frame compliant with European standards, at a maximum price of €30.
- Lenses suitable for all sight problems. The lenses must have scratch-resistant, UV-resistant and anti-reflective treatment. The lenses may be thinned depending on the strength of the prescription.

## Dental

Your dentist is obliged to offer you the most suitable solution. They must therefore draw up a quote particularly including a precise and detailed description of the proposed treatment and the materials used, as well as the amount of fees corresponding to the proposed treatment.

## Hearing Aids

Your hearing care professional must offer you a “100% Santé” quote and help you choose the solution that best meets your needs and expectations.



### At the optician, dentist or hearing care professional

Do not hesitate to encourage some competition by going to several professionals and getting quotes (every insured party has the right to know the amount that will be billed before the treatment is provided and has the right to seek another healthcare professional if they think that the price charged is too high).

### Never disclose your healthcare cover to your doctor

The quote must be based on the treatment provided and not according to your cover. If your spouse is covered by a healthcare plan taken out by their employer, use the Aon plan as a secondary insurance policy.

### Respect the healthcare pathway ("parcours de soins")

Remember to declare your general practitioner ("médecin traitant"). Any consultation outside of this framework is not reimbursed at the same level by Social Security and the difference cannot be covered by your medical insurance.

### Opt for Sector 1 doctors (respecting the approved rates)

That way, you will be fully covered. **Watch out for surcharges:** you can check a healthcare professional's fees on the Social Security website [ameli.fr](http://ameli.fr)

### At the pharmacy

**Ask to fill your prescriptions for a full quarter** to reduce the deductibles for long-term treatments diabetes, cholesterol, high blood pressure, etc.). That way the 50 cent deductible is only paid once and the price of the drugs decreases with the quantity.

### Make it a habit to consult [annuaresante.ameli.fr](http://annuaresante.ameli.fr) in order to:

- Find a medical practitioner
- Compare prices
- Find out if your doctor is a member of the **DPTAM** (controlled pricing practice scheme). Since 01/12/13, the controlled pricing practice scheme has been offered to doctors who apply surcharges.

#### Doctor's commitments:

- Not to increase their fees,
- Not to exceed an average surcharge of 100% of the price chargeable to Social Security,
- To maintain or increase the share of their practice chargeable to Social Security.

#### Advantage for doctors:

- Part of their social contributions is paid by the Social Security

#### Advantage for insureds:

- To reduce the co-payment amount.

**Generate competition and ask for quotes!**

**Send your quotes to Aon**

*Via the mobile app:*  
**MySanté by Aon**

*Via the extranet :*  
[monportailsante.aon.fr](http://monportailsante.aon.fr)

*By mail:*

**Aon Service Frais Médicaux**  
28 Allée de Bellevue - CS 70000  
16 918 Angoulême Cedex 9.

# 10 Cover termination and Maintain

## The insurance ends when:

- You leave the company,
- Social Security Retirement benefits are awarded,
- The policy contract is terminated.

## Portability

Pursuant to article 1 of the law of 14 June 2013 relating to job security, you can benefit from maintenance of your group coverage insofar as the termination of your employment contract results in the payment of unemployment benefits:

- Dismissal (except due to gross negligence),
- Contractual termination of the labor contract,
- Legitimate resignation (ex: accompany your spouse following a transfer...),
- Termination of an apprenticeship contract,
- Interruption of a trial period.

You must submit proof of your compensation by the unemployment insurance plan. This duration is assessed in months, without being able to exceed 12 months.

This cover ceases as soon as the payment of unemployment insurance benefits ceases.

For example: the first day of your return to work or when you claim your retirement pension, etc.

# AON PLUS

Particuliers

After the portability period or when retiring, we can offer you an individual supplementary healthcare policy.

Contact our "Aon Plus Particuliers" service:

[aonplus.particuliers@aon.com](mailto:aonplus.particuliers@aon.com) ▶

01 84 89 10 07

Aon France

Aon Plus Particuliers

28, allée de Bellevue - CS 70000  
16918 Angoulême Cedex 9



# Medical Coverage Grid (1/2)

Les prestations ci-dessous s'entendent en complément de celles versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

NATURE DES ACTES	RÉGIME BASE + SURCOMPLÉMENTAIRE	
	Obligatoire	Non responsable
<b>FRAIS MEDICAUX COURANTS</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
• Consultation/Visites Généraliste, Spécialiste d'un médecin adhérent à un DPTAM		400%BR
• Consultation/Visites Généraliste, Spécialiste d'un médecin non adhérent à un DPTAM		400%BR
• Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin adhérent à un DPTAM		400%BR
• Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin non adhérent à un DPTAM		400%BR
• Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à un DPTAM		400%BR
• Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à un DPTAM		400%BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
• Analyses et examens de laboratoire		300%BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
• Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues pris en charge par la Sécurité sociale		400%BR
<b>Médicaments</b>		
• Prescrits et pris en charge par la Sécurité sociale		100% TM
<b>Matériel médical</b>		
• Appareillage (hors optique, dentaire et aide auditive)		400%BR
<b>Autres soins</b>		
• Participation forfaitaire de 18€ pour les actes dont la BR est égale ou supérieure à 120€		100%FR-SS
• Frais de transport		100%FR-SS
• Médecine douce (Ostéopathe, chiropracteur, psychomotricien, psychologue, acupuncteur, étiope, diététicien)		60€/séance limité à 5 séances/an/bénéficiaire
• Vaccin anti-grippe non pris en charge par la Sécurité Sociale		100%FR
• Cures thermales prises en charge par Sécurité sociale		15%PMSS/an/bénéficiaire sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés
<b>HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE + MATERNITÉ</b>		
	<b>CONVENTIONNE</b>	<b>NON CONVENTIONNE</b>
• Forfait journalier		
<b>Honoraires</b>		
• Médicaux et chirurgicaux d'un médecin adhérent à un DPTAM	100%FR-SS	
• Médicaux et chirurgicaux d'un médecin non adhérent à un DPTAM	100%FR-SS	90%FR-SS
• Frais de séjour	100%FR-SS	90%FR - SS
• Chambre particulière	100%FR	90%FR
Lit accompagnant Enfant de moins de 16 ans		2%PMSS/jour
<b>OPTIQUE</b>		
Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.		
<b>Equipements 100% santé (Classe A) (*)</b>		
• Monture et Verres		100 % PLV* moins MR*
(*) Equipements 100% Santé tels que définis règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appareillage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que défini au 2 <sup>ème</sup> alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).		
<b>Equipements hors 100% santé (Classe B)</b>		
• Monture		voir grille optique
• Verres		
<b>Autres postes optique</b>		
• Lentilles (y compris jetables) prises en charge par la Sécurité Sociale		8%PMSS/an/bénéficiaire
• Lentilles (y compris jetables) non prises en charge par la Sécurité Sociale		8%PMSS/an/bénéficiaire
• Chirurgie réfractive		600 € par œil

**DPTAM** = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2. - **PMSS** = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - **BR** = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement. - **TM** = Ticket Modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1€ et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux. - **MR** = Montant remboursé par la Sécurité sociale. - **FR** = Frais Réels. - **BR - MR** = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale. - **PLV** = Prix Limite de Vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale. - **HLF** = Honoraire Limite de Facturation (HLF) : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLF tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

# 11 Medical Coverage Grid (2/2)

Les prestations ci-dessous s'entendent en complément de celles versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

## DENTAIRE

### Soins et prothèses 100% Santé (\*)

100% HLF moins MR

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

### Soins et prothèses hors 100% Santé

• Soins	400%BR
• Inlays - Onlays	400%BR
<b>Prothèses dentaires</b>	
• Prises en charge par la Sécurité sociale (y compris couronnes transitoires)	70%PMSS/an/bénéficiaire au-delà mini TM+25%BR
• Non Prises en charge par la Sécurité sociale	
• Inlays core et inlay à clavettes	
<b>Autres actes dentaires</b>	
• Implantologie	1250€/implant (limité à 2 implants tous les deux ans et par bénéficiaire)
• Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	400%BR
• Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale	400%BRR

## AIDES AUDITIVES

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

### Equipements 100% Santé (Classe 1) (\*)

• Audioprothèse (Limite par aide auditive)	100% PLV moins MR
--	-------------------

(\*) Equipements 100 % Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).

### Equipements hors 100% Santé (Classe 2)

• Audioprothèse (Limite par aide auditive)	400%BR Limité à 1700€-SS
• Accessoires : Piles, entretien pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM

## ACTES DE PRÉVENTION

• Pris en charge par la Sécurité sociale	<i>L'ensemble des actes de prévention listés à l'arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent au minimum à 100% du ticket modérateur.</i>
--	--

## MATERNITÉ/ADOPTION

• Maternité / Adoption	20%PMSS/enfant
------------------------	----------------

## ASSISTANCE

Téléconseil médical Service d'écoute psychologique	OUI
---	-----

**DPTAM** = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2. - **PMSS** = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - **BR** = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement. - **TM** = Ticket Modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1€ et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux. - **MR** = Montant remboursé par la Sécurité sociale. - **FR** = Frais Réels. - **BR - MR** = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale. - **PLV** = Prix Limite de Vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale. - **HLF** = Honoraire Limite de Facturation (HLF) : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLF tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

# 11 Vision Grid

Les prestations ci-dessous s'entendent **en déduction** de celles versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

NATURE DES ACTES	BASE + SURCOMPLEMENTAIRE
<b>GRILLE OPTIQUE</b>	
Limité à 1 paire de lunettes (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans pour les adultes ramenée à 1 an en cas d'évolution de la vue et pour les enfants de moins de 16 ans	
• Monture	150 €
<b>Grille verres</b> (Remboursement pour 2 verres)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>a)</b> - Verre unifocal dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est inf. ou égal à +4,00</li> <li>-Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries</li> <li>-Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries</li> </ul>	380 €
• <b>b)</b> Un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	550 €
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>c)</b> -Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries</li> <li>-Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries</li> <li>-Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie</li> <li>-Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries</li> <li>-Verres multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries</li> <li>-Verres multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries</li> <li>«-Verres multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries</li> </ul>	720 €
• <b>d)</b> Un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	610 €
• <b>e)</b> Un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	780 €
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>f)</b> -Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries</li> <li>-Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries</li> <li>-Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie</li> <li>-Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries</li> </ul>	840 €



# Useful Definitions - General information

**Actual expenses (Frais Réels - FR) or expenses incurred (dépenses engagées)**  
Amount of medical expenses that were actually paid by the insured party to the healthcare professional.

**Compulsory/Mandatory plan (Régime obligatoire)**  
The French Social Security plan which you are covered by. This can either be the general plan or the local Alsace Moselle plan.

**Daily hospital charge (Forfait hospitalier)**  
This is the patient's financial contribution for the accommodation costs incurred for their hospitalisation. It is not covered by Social Security.

**Dental sealing**  
Prevention of cavities.

**DPTAM - Controlled pricing practice scheme (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée)**  
Refers to the mechanisms for controlling medical expenses provided for by the national medical agreements mentioned in article L.162-5 of the French Social Security Code.

This includes healthcare access policies (Contrats d'Accès aux Soins - CAS)/ Controlled Pricing Practice Options with or without surgery and obstetrics (Options de Pratique Tarifaire Maîtrisée (+ Chirurgie et Obstétrique) - OPTAM/OPTAMCO).

*Example : for a consultation with a sector-two specialist which costs €33: Doctor who is a member of a DPTAM: the reimbursement rate (BR) is €30. Doctor who is not a member of a DPTAM: the reimbursement rate is €23.*

**Implant and root implant**  
The placement of an implant is generally done in two or three stages: The dentist initially places the root implant in the mouth. The implant is then hidden under the gum for a period of about three to six months in order to fix firmly to the bone (osseointegration phase). Then comes the prosthetic phase with the fitting of the crown. Finally, during follow-up visits, the dentist may make some adjustments for the comfort of the patient.

**Increased co-payments**  
If you do not have a general practitioner or if you consult a doctor directly without a prescription from your general practitioner (except in the event of an emergency or consultation outside of the area of your primary residence) or in some cases if you refuse access to your personal medical file, an increased co-payment will be charged.

**Inlay, Onlay**  
Reconstruction of a portion of the tooth inlay or overlay (onlay)

**Inlay-Core**  
Inlay-core anchored in the root of the tooth by a pin which serves as the anchor for the crown

**Orthodontics**  
Treatment of misaligned teeth, especially in children

**Periodontics**  
Part of dentistry that specialises in the treatment of the supporting structures of the teeth, that is to say, the tissues supporting the teeth: gingiva (gums), alveolar bone, cementum and periodontal ligament.

**PMSS**  
Percentage of the monthly Social Security ceiling (Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale) which is established by the government on 1 January each year.

**Saliva Test**  
A procedure to prevent cavities

**Social Security reimbursement rate (Base de Remboursement -BR)**  
This is the base rate determined by the French Social Security and taken into account for calculating the reimbursement of medical procedures performed by approved doctors (this is called an agreed rate - TC) or non-approved doctors (this is a government rate for non-approved doctors - TA).

**Surcharges not covered**  
When consulted outside the coordinated care pathway, specialist doctors are allowed to charge surcharges for each procedure performed based on the rates applicable under the coordinated care pathway.

**TFR (Reference rate or Tarif Forfaitaire de Responsabilité)**  
This is the reference rate for reimbursing certain drugs. It corresponds to the price of the cheapest generic drug.

**TM (Co-payment or Ticket Modérateur)**  
Difference between the Social Security reimbursement rate and what it effectively reimburses you, excluding the flat-rate contribution and increases in the financial contribution which remain your responsibility.

# AON

## Your Medical Plan - Useful Guide

Copyright© 2021 Aon. All rights reserved.

This document is for informational purposes only and should not be construed as advice or an opinion on specific facts or circumstances. The comments in this report are based on Aon's preliminary analysis of publicly available information. The contents of this document are made available as such without any guarantee of any kind.

Aon may not be held legally liable to any person or organisation for any loss or damage caused by or resulting from the use of this content.

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

