

AON

Guide pratique frais de santé

**Ensemble du
personnel**

S&P Global



Votre guide frais de santé

Sommaire

Informations utiles	P.03
Modalités d'adhésion	P.04
Bénéficiaires du régime	P.05
Garanties	P.06
Services santé	P.09
Remboursements	P.10
MySanté by Aon	P.11
Le tiers-payant	P.12
Bonnes pratiques	P.13
Radiation & Maintien des garanties	P.14

La gestion de votre régime frais de santé est confiée à Aon.

Ce document a pour but de faciliter vos démarches auprès de nos services.



1 Informations utiles



Votre couverture santé en quelques clics avec l'application mobile **MySanté by Aon**.

Votre extranet santé est disponible sur monportailsante.aon.fr ▶

Lors de votre première connexion, identifiez-vous à l'aide de votre numéro d'adhérent qui figure sur votre carte de tiers-payant ou votre relevé de décomptes mensuel.

Vous pouvez également saisir votre adresse email si vous l'avez renseignée lors de votre affiliation.

Vous pourrez alors recevoir un mot de passe sur votre adresse email en cliquant sur « **Obtenir mon mot de passe** ».

Grâce à votre espace santé salarié, vous pouvez :

- Transmettre des pièces justificatives, demander une prise en charge hospitalière etc...
- Consulter vos décomptes de remboursements de soins avec possibilité de les télécharger et de les imprimer,
- Trouver des professionnels de santé grâce à la géolocalisation,
- Être alerté par mail dès qu'un remboursement a été effectué par Aon,
- Télécharger votre attestation de tiers-payant.

Demande de remboursement

Via l'application **MySanté by Aon**
Sur votre extranet monportailsante.aon.fr ▶



Renseignement ou besoin d'une prise en charge pour une hospitalisation :

01 73 10 20 25
Code 226

Du lundi au vendredi
de 8h30 à 18h

monportailsante.aon.fr ▶



2 Modalités d'adhésion

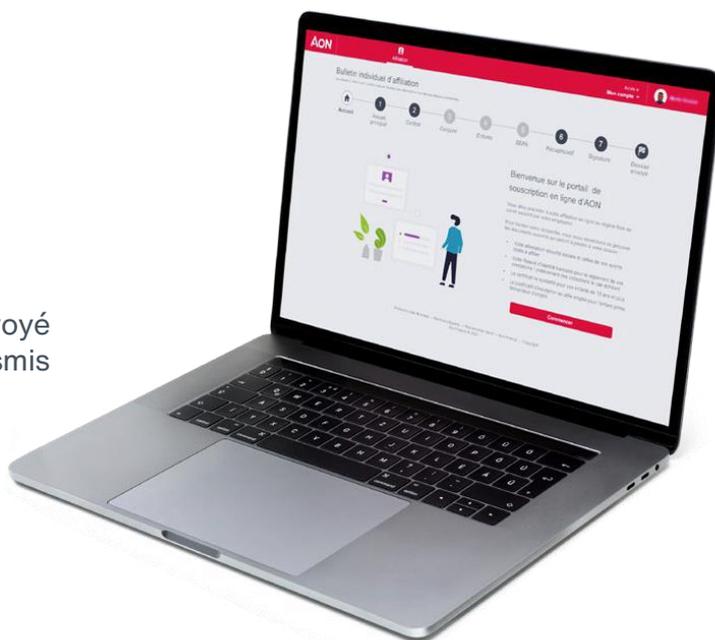
Lors de votre arrivée dans l'entreprise

Affiliation en ligne

Simple et rapide, votre affiliation au régime frais de santé s'effectue en ligne.

A réception de votre mail d'invitation envoyé par Aon, connectez-vous sur le lien transmis et laissez vous guider tout au long du parcours de souscription.

Munissez vous au préalable du tableau de vos garanties.



Pour faciliter votre démarche, nous vous recommandons de préparer les documents suivants qui seront à joindre à votre dossier :

- Votre attestation Sécurité sociale et celles de vos ayants-droit à affilier,
- Votre relevé d'identité bancaire pour le règlement de vos prestations et le prélèvement des cotisations le cas échéant,
- Le certificat de scolarité pour vos enfants de 18 ans et plus,
- Le justificatif d'inscription au pôle emploi pour l'enfant Primo-demandeur d'emploi.

Pour toute question, notre service client est à votre écoute et vous accueille du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00.

La fin du parcours de souscription ouvre l'accès à l'ensemble des services Aon :

- monportailsante.aon.fr
- L'application mobile **MySanté by Aon**.

Votre carte de tiers-payant digitale sera disponible sur ces espaces sous un délai de 72h.



Pensez à informer votre employeur et Aon de tout changement de situation.

(Mariage, naissance, divorce, veuvage, PACS, concubinage, rupture de PACS, rupture de concubinage...)

3 Bénéficiaires du régime

La cotisation obligatoire correspondant au régime de frais de santé est prélevée chaque mois sur votre salaire par votre employeur.

Elle vous couvre en tant que salarié de façon obligatoire et, en fonction des modalités retenues par votre employeur, s'ils adhèrent au contrat :



Le conjoint ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin.



L'enfant handicapé, quel que soit son âge, dont l'invalidité a été reconnue avant son 21^{ème} anniversaire.



L'enfant de moins de 28 ans aux conditions prévues par l'assureur.

Gestion Multi-RIB pour les remboursements frais de santé

Vous pouvez permettre à chaque bénéficiaire majeur (conjoint et/ou enfant(s)) de percevoir ses remboursements sur son propre compte bancaire.



4 Garanties

Les prestations ci-dessous s'entendent en complément de celles versées par le régime de Sécurité sociale.

NATURE DES ACTES	RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE - RESPONSABLE		RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE	
			Obligatoire	Non responsable
Base comprise				
FRAIS MEDICAUX COURANTS				
Honoraires médicaux				
• Consultation/Visites Généraliste, Spécialiste d'un médecin adhérent à un DPTAM	400%BR		400%BR	
• Consultation/Visites Généraliste, Spécialiste d'un médecin non adhérent à un DPTAM	TM + 100% BR		400%BR	
• Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin adhérent à un DPTAM	400%BR		400%BR	
• Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin non adhérent à un DPTAM	TM + 100% BR		400%BR	
• Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à un DPTAM	400%BR		400%BR	
• Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à un DPTAM	TM + 100% BR		400%BR	
Analyses et examens de laboratoire				
• Analyses et examens de laboratoire	300%BR		300%BR	
Honoraires paramédicaux				
• Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues pris en charge par la Sécurité sociale	400%BR		400%BR	
Médicaments				
• Prescrits et pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM		100% TM	
Matériel médical				
• Appareillage (hors optique, dentaire et aide auditive)	400%BR		400%BR	
Autres soins				
• Participation forfaitaire de 18€ pour les actes dont la BR est égale ou supérieure à 120€	100%FR-SS		100%FR-SS	
• Frais de transport	100%FR-SS		100%FR-SS	
• Médecine douce (Ostéopathe, chiropracteur, psychomotricien, psychologue, acupuncteur, étiope, diététicien)	60€/séance limité à 5 séances/an/bénéficiaire		60€/séance limité à 5 séances/an/bénéficiaire	
• Vaccin anti-grippe non pris en charge par la Sécurité Sociale	100%FR		100%FR	
• Cures thermales prises en charge par Sécurité sociale	15%PMSS/an/bénéficiaire sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés		15%PMSS/an/bénéficiaire sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés	
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE + MATERNITÉ				
• Forfait journalier	100% FR			
Honoraires				
• Médicaux et chirurgicaux d'un médecin adhérent à un DPTAM	100%FR-SS		100%FR-SS	
• Médicaux et chirurgicaux d'un médecin non adhérent à un DPTAM	TM + 100% BR		100%FR-SS 90%FR-SS	
• Frais de séjour	100%FR-SS 90% FR - SS avec mini TM		100%FR-SS 90% FR - SS	
• Chambre particulière	100%FR 90%FR		100%FR 90%FR	
Lit accompagnant	2%PMSS/jour		2%PMSS/jour	
Enfant de moins de 16 ans				

4 Garanties

Les prestations ci-dessous s'entendent en complément de celles versées par le régime de Sécurité sociale.

NATURE DES ACTES	RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE - RESPONSABLE	RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE Obligatoire Non responsable Base comprise
DENTAIRE		
Soins et prothèses 100% Santé (*)		
	100% HLF moins MR	
(*) Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis règlementairement. 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	400%BR
• Inlays - Onlays	400%BR	400%BR
Prothèses dentaires		
• Prises en charge par la Sécurité sociale (y compris couronnes transitoires)	70%PMSS/an/bénéficiaire au-delà mini TM+25%BR	70%PMSS/an/bénéficiaire au-delà mini TM+25%BR
• Non Prises en charge par la Sécurité sociale		
• Inlays core et inlay à clavettes		
Autres actes dentaires		
• Implantologie	1250€/implant (limité à 2 implants par an par bénéficiaire)	1250€/implant (limité à 2 implants par an par bénéficiaire)
• Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	400%BR	400%BR
• Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale	400%BRR	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) (*)		
• À compter de 2021 : 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	400%BR Limité à 1700€-SS
• Accessoires : Piles, entretien pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM
ACTES DE PRÉVENTION		
• Pris en charge par la Sécurité sociale	L'ensemble des actes de prévention listés à l'arrêt du 8 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent au minimum à 100% du ticket modérateur.	
MATERNITÉ/ADOPTION		
• Maternité / Adoption	20%PMSS/enfant Forfait versé au père si la mère n'est pas adhérente au contrat Frais de santé	20%PMSS/enfant Forfait versé au père si la mère n'est pas adhérente au contrat Frais de santé
ASSISTANCE		
Téléconseil médical	OUI	OUI
Service d'écoute psychologique	OUI	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 2€ 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 sociale. 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.

4 Garanties : Grille optique

Les prestations ci-dessous s'entendent en complément de celles versées par le régime de Sécurité sociale.

NATURE DES ACTES	RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE - RESPONSABLE	RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE Obligatoire Non responsable Base comprise
OPTIQUE		
<i>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.</i>		
Equipements 100% santé (Classe A) (*)		
• Monture et Verres	100 % PLV* moins MR*	
<i>(*) 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'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que défini au 2^{ème} 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).</i>		
Equipements hors 100% santé (Classe B)		
• Monture	voir grille optique	voir grille optique
• Verres		
Autres postes optiques		
• Lentilles (y compris jetables) prises en charge par la Sécurité Sociale	8%PMSS/an/bénéficiaire	8%PMSS/an/bénéficiaire
• Lentilles (y compris jetables) non prises en charge par la Sécurité Sociale	8%PMSS/an/bénéficiaire	8%PMSS/an/bénéficiaire
• Chirurgie réfractive	600 € par œil	600 € par œil

Les prestations ci-dessous s'entendent sous déduction de celles versées par le régime de Sécurité sociale.

NATURE DES ACTES	BASE	SURCOMPLEMENTAIRE Obligatoire Base comprise
GRILLE OPTIQUE		
<i>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</i>		
• Monture	100 €	200 €
Grille verres (Remboursement pour 2 verres)		
• a) - Verre unifocal dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries dont le cylindre est inf. ou égal à +4,00 -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 -Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	320 €	380 €
• b) Un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	460 €	550 €
• c) -Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries -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 -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 -Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries -Verres multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries -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 «-Verres multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	600 €	720 €
• d) Un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	510 €	610 €
• e) Un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	650 €	780 €
• f) -Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries -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 -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 -Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	700 €	840 €

5 Services santé

La téléconsultation médicale

- Appelez un médecin 24/7,
- Échangez avec un médecin,
- Secret médical garanti,
- Vos ordonnances en ligne.

Mon Assistance

Dans les moments difficiles, votre contrat santé vous accompagne avec des services d'assistance complets :

- En cas d'hospitalisation : Services d'aide à domicile, assistance aux devoirs, aide pédagogique de l'enfant hospitalisé...

- En cas d'accident : Rapatriement/transport sanitaire, frais médicaux d'urgence à l'étranger, frais de recherche et de secours, etc.

Comment y accéder :

- Par téléphone au **01 70 73 56 02** (coût d'un appel local),
- Depuis l'étranger au **+33 1 70 73 56 02**,

Votre numéro de convention : **SWISS0004**



6 Remboursements

Afin d'accélérer les délais de remboursement, nous mettons en place la télétransmission.

Le traitement des informations se fera donc automatiquement entre votre CPAM et Aon.

Pour que la télétransmission soit effective, vous devez donner votre accord et fournir la copie de l'Attestation de droits CPAM de chaque bénéficiaire garanti par le contrat.

Vous êtes remboursé par virement.
Vos décomptes sont consultables sur votre application mobile **MySanté by Aon** ou depuis votre extranet Aon monportail.sante.aon.fr

Vos demandes de remboursement doivent nous être présentées au plus tard dans les deux ans suivant la date des soins.

REMARQUE

Si votre décompte de Sécurité sociale comporte la mention "informations transmises à votre complémentaire Aon", la télétransmission est active. Dans le cas contraire, adressez votre décompte à Aon.

Vous pouvez visualiser si la télétransmission est effective avec Aon via votre compte ameli.fr, ainsi que sur votre extranet : monportail.sante.aon.fr



La télétransmission ne peut pas être active avec plusieurs complémentaires santé.

Pièces justificatives à fournir à Aon

Pour le remboursement de certains actes, des informations complémentaires nous sont nécessaires :

Hospitalisation

Facture acquittée (bordereau AMC ou avis des sommes à payer et attestation de paiement) de l'établissement hospitalier et note d'honoraires des praticiens.

Prothèses dentaires / orthodontie

Pensez à faire des devis !
Facture acquittée et détaillée du chirurgien-dentiste ou de l'orthodontiste.

Maternité

Un extrait d'acte de naissance de l'enfant.

Cure thermale

Les factures, l'attestation de présence de l'établissement thermal et la prise en charge administrative.

Optique

Pensez à comparer et négocier vos équipements !

Si vous n'avez pas utilisé le tiers-payant : facture de l'opticien et prescription médicale détaillant la correction visuelle.

Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale (médecines douces, ...)

Facture acquittée du professionnel de santé.

100% Santé = ZÉRO Reste à charge

Grâce au « 100% Santé », vous pouvez bénéficier, sous certaines conditions, d'un reste à charge ZÉRO pour vos dépenses en optique, dentaire et audiologie.

7 MySanté by Aon

L'application mobile pour gérer votre couverture santé en quelques clics !
Avec **MySanté by Aon**, vous pouvez désormais gérer simplement votre couverture santé.

Toutes les fonctionnalités dont vous avez besoin au quotidien sont désormais accessibles rapidement et de façon sécurisée avec votre smartphone :

- Visualisez et accédez directement à l'ensemble des fonctionnalités,
- Avec ou sans connexion, accédez en un seul clic à votre carte de tiers-payant,
- Visualisez en détail vos remboursements santé par Aon,
- Adressez vos demandes en toute simplicité,
- Identifiez les professionnels de santé proches de vous.



SCANNEZ MOI



NOUVEAU

Bénéficiez en un clic du
remboursement de vos
séances d'ostéopathie

Faire une demande

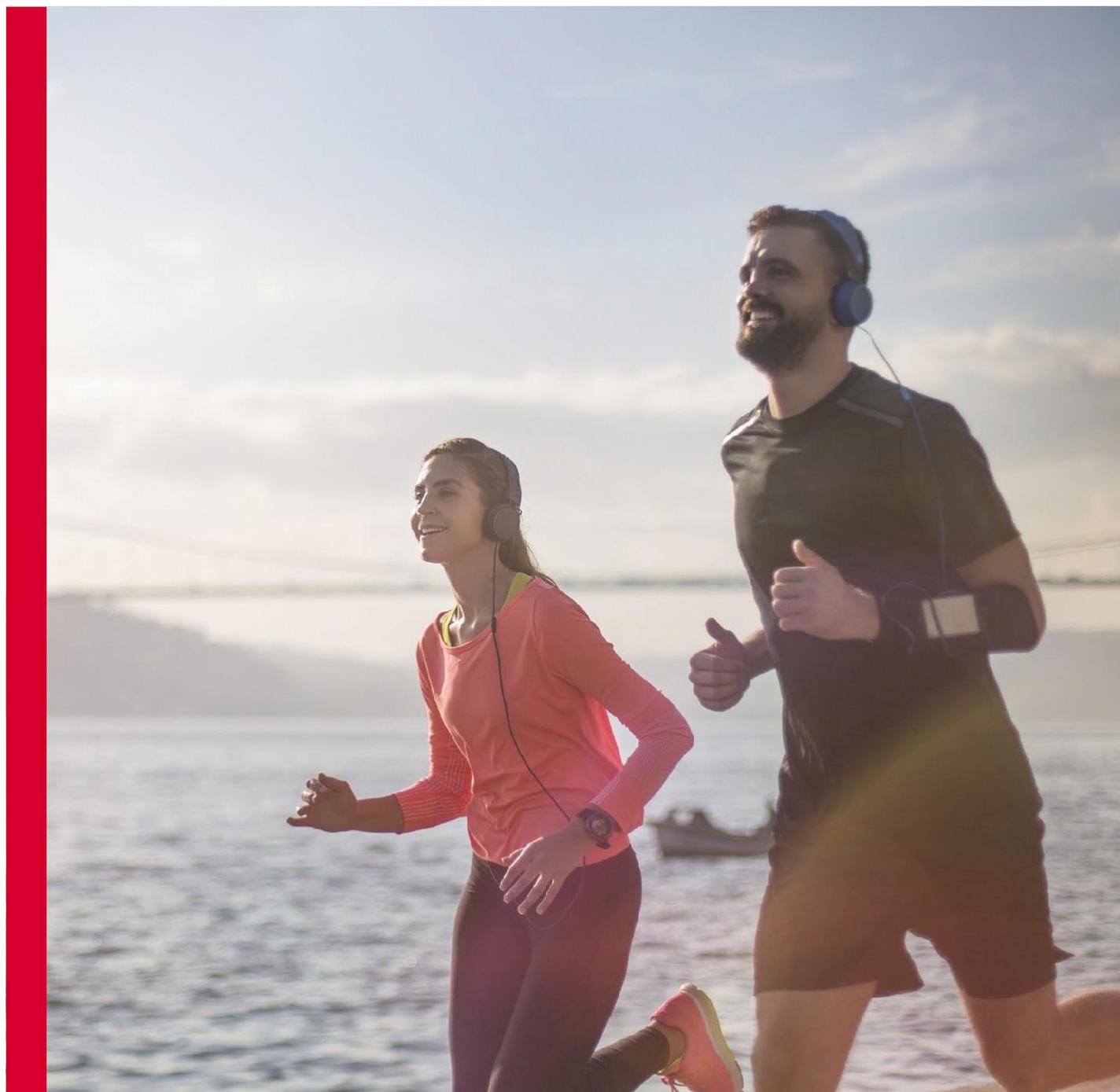
8 Le tiers-payant

Aon met à votre disposition une attestation de tiers-payant disponible sur votre application **MySanté by Aon.**

Vous pouvez la présenter au professionnel de santé avec votre carte Vitale. Ainsi, vous ne payez que les produits et les actes non remboursables par la Sécurité sociale et les éventuels dépassements d'honoraires. Pour les actes mentionnés sur la carte de tiers-payant, vous êtes dispensé de faire l'avance des frais si le professionnel de santé pratique le tiers-payant.

Le remboursement ou la prise en charge Aon ne peut dépasser le Ticket modérateur, c'est-à-dire le montant qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de l'Assurance Maladie.

Pour l'Optique, les Prothèses dentaires ou l'Audioprothèse, si ces domaines sont ouverts au tiers-payant, le niveau de prise en charge s'effectue à hauteur de la garantie prévue au contrat.



9 Bonnes pratiques

Chez l'opticien, le dentiste ou l'audioprothésiste

N'hésitez pas à faire jouer la concurrence en allant chez plusieurs professionnels et faites établir des devis (tout assuré a le droit de connaître le montant qui lui sera facturé avant l'acte de soin et a le droit de rechercher un autre professionnel de santé s'il pense que le tarif de ce dernier qu'il pratique est trop élevé).

Ne dévoilez jamais vos garanties frais de santé à votre praticien

Votre devis doit être établi en fonction des actes réalisés et non pas en fonction de votre couverture. Si votre conjoint bénéficie d'un régime frais de santé souscrit par son employeur, faites jouer le régime Aon en 2^{ème} mutuelle.

Respectez le parcours de soins

Pensez à déclarer votre médecin traitant. Toute consultation effectuée en dehors de ce cadre est moins bien remboursée par la Sécurité sociale et la différence ne peut pas être prise en charge par la mutuelle.

Privilégiez des médecins du secteur 1 au tarif de convention

Vous êtes ainsi garanti d'un remboursement complet. **Soyez attentifs aux dépassements d'honoraires** : il est possible d'évaluer le montant des honoraires d'un professionnel de santé sur le site ameli.fr ►, le site de la Sécurité sociale.

Chez le pharmacien

Demandez des conditionnements trimestriels pour réduire vos franchises médicales dans le cas des traitements de longue durée (diabète, cholestérol, hypertension...). Ainsi la franchise de 1 euro n'est réglée qu'une fois et le prix des médicaments diminue avec la quantité.

Ayez le réflexe Ameli

annuaresante.ameli.fr ► pour :

- Trouver un professionnel de santé,
- Comparer un prix,
- **Savoir si votre médecin est adhérent à un Dispositif d'Option Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).** Depuis 2013, le Dispositif Pratique Tarifaire Maîtrisé est proposé aux médecins pratiquant des dépassements d'honoraires.

Engagements des médecins :

- Ne pas augmenter leurs tarifs,
- Ne pas excéder un taux moyen de dépassement de 100% du tarif opposable à la Sécurité sociale,
- Maintenir ou augmenter leur part d'activité à tarif opposable.

Avantage pour les médecins :

- Une partie de leurs cotisations sociales est payée par l'assurance maladie.

Objectif pour les assurés :

- Diminuer le reste à charge.

Faites jouer la concurrence et faites établir des devis !

Adressez vos devis à Aon

Via l'application :
MySanté by Aon

Via l'extranet :
monportailsante.aon.fr ►

Par courrier :
Aon Service Frais Médicaux
28 Allée de Bellevue - CS 70000
16 918 Angoulême Cedex 9

10 Radiation & Maintien des garanties

L'assurance prend fin à la date :

- À laquelle vous quittez la société,
- De la liquidation de votre pension vieillesse Sécurité sociale,
- De résiliation du contrat par l'entreprise.

Portabilité des droits

Dans le cadre de l'article 1 de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, vous pouvez bénéficier du maintien de votre couverture collective dans la mesure où la rupture de votre contrat de travail entraîne le versement des allocations chômage :

- Licenciement hors faute lourde,
- Rupture conventionnelle du contrat de travail,
- Démission légitime (ex : pour suivre votre conjoint muté),
- Rupture du contrat d'apprentissage,
- Interruption de période d'essai.

Vous devrez apporter la preuve de votre indemnisation par le régime d'assurance chômage. Cette durée est appréciée en mois, sans pouvoir excéder 12 mois.

Le maintien de ces garanties s'arrête dès la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage.

Par exemple :

Le 1^{er} jour de votre retour à l'emploi ou dès lors que vous faites valoir vos droits au bénéfice de la retraite.

**AON
PLUS**
Particuliers

Passée la période de portabilité ou lors d'un départ en retraite, nous pouvons proposer un contrat individuel de complémentaire santé.

Contactez notre service
Aon Plus Particuliers :
aonplus.particuliers@aon.com ▶
01 84 89 10 07

Aon France
Aon Plus Particuliers
28, allée de Bellevue - CS 70000
16918 Angoulême Cedex 9



Définitions utiles - Généralités

Base de remboursement Sécurité sociale

Il s'agit du tarif de base déterminé par la Sécurité sociale française et pris en compte pour le calcul du remboursement des actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés.

On parle alors de tarif de convention - TC ou non conventionnés, on parle alors de tarif d'autorité - TA.

DPTAM - Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévues par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale.

Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OTPAM-OPTAMCO).

Exemple : pour une consultation auprès d'un spécialiste en secteur 2 facturée 33 € : Médecin adhérent à un DPTAM : la base de remboursement tarifaire est de 31,50 €. Médecin non adhérent à un DPTAM : la base de remboursement tarifaire sera de 23 €.

Dépassements d'honoraires non pris en charge

Les médecins spécialistes sont autorisés à pratiquer des dépassements dans certaines limites pour chaque acte effectué, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

Frais réels ou dépenses engagées

Montant des frais médicaux qui ont été réellement réglés par

l'assuré au professionnel de santé.

Forfait hospitalier

Il représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation. Il n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale.

Majoration de participation financière

Si vous n'avez pas de médecin traitant, ou si vous consultez directement un médecin sans prescription de votre médecin traitant (sauf en cas d'urgence ou de consultation en-dehors du lieu de votre résidence habituelle) ou dans certains cas si vous refusez l'accès à votre dossier médical personnel, une majoration du ticket modérateur sera effectuée.

PMSS

Plafond mensuel de la Sécurité sociale dont la valeur est fixée au 1^{er} janvier de chaque année par les pouvoirs publics.

Régime obligatoire

Le régime de Sécurité sociale français auquel vous êtes affilié. Il peut s'agir soit du régime général, soit du régime local Alsace-Moselle.

TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité)

Il s'agit du tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments. Il correspond au prix du médicament générique existant le moins cher.

TM (Ticket Modérateur)

Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et ce qu'elle vous rembourse effectivement, à l'exclusion de la participation forfaitaire et de la majoration

de participation financière maintenues à votre charge.

Implant et implant racine

La pose d'un implant se fait généralement en deux ou trois étapes. Dans un premier temps le dentiste pose l'implant racine dans la bouche. L'implant est ensuite enfoui dans la gencive pour une durée de trois à six mois pour s'intégrer à l'os (phase d'ostéointégration). Puis vient la phase prothétique avec la pose de la couronne. Enfin, lors de visites de suivi, le denturologiste peut procéder à quelques ajustements pour le confort du patient.

Inlay, Onlay

Reconstitution d'une partie de la dent en incrustation (inlay) ou en superposition (onlay).

Inlay-core

Faux moignon ancré dans la racine de la dent par un tenon, qui va servir d'ancrage à la couronne.

Parodontologie

Partie de la dentisterie qui est spécialisée dans le traitement du parodonte, c'est-à-dire les tissus du soutien de la dent : gencive, os alvéolaire, ciment et ligament alvéolo-dentaire.

Orthodontie

Traitement des malpositions des dents, en particulier chez les enfants.

Scellement prophylactique des sillons

Prévention des caries.

Test salivaire

Acte visant à prévenir l'apparition des caries.

S&P Global

AON