

**AON**

**Guide pratique  
frais de santé**

---

**S&P Global**



Votre guide frais de santé

# Sommaire

Informations utiles	P.01
	P.02
Modalités d'adhésion	P.03
Remboursements	P.04
MySanté by Aon	P.06
Le tiers payant	P.07
Services santé	P.08
Le 100% Santé	P.09
Bonnes pratiques	P.10
Radiation & Maintien des garanties	P.11
Tableau de garanties	P.12

La gestion de votre régime frais de  
on.

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](http://monportailsante.aon.fr) ▶

Lors de votre première connexion, vous pouvez utiliser 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 inscription.

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 vos demandes, 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](http://monportailsante.aon.fr) ▶



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

**01 73 10 20 25**

**Code**

Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h

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



## 2 Bénéficiaires du régime

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



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



**L'enfant de moins de 16 ans** aux conditions prévues par l'assureur.

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



**L'enfant handicapé**, quel que soit son âge, dont l'invalidité a été reconnue avant son 21<sup>ème</sup> anniversaire.

### Gestion Multi-RIB pour les remboursements frais de santé

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





# 3 Modalités d'adhésion

Lors de votre arrivée dans l'entreprise.

Vous devez compléter un bulletin individuel d'adhésion qui permettra de compléter les informations relatives à vos enfants et y joindre :

- Un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal,
- Le certificat de naissance des enfants de plus de 16 ans, ou la copie du contrat d'apprentissage de la situation de l'enfant,
- La copie de votre attestation de droits CPAM en cours de validité ainsi que celle de votre conjoint. Cette attestation est disponible sur [ameli.fr](https://www.ameli.fr) ▶



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

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



# 4 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 anti 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](https://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](https://ameli.fr) ▶, ainsi que sur votre extranet : [monportailsante.aon.fr](https://monportailsante.aon.fr) ▶



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





# 4 Remboursements

## 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.

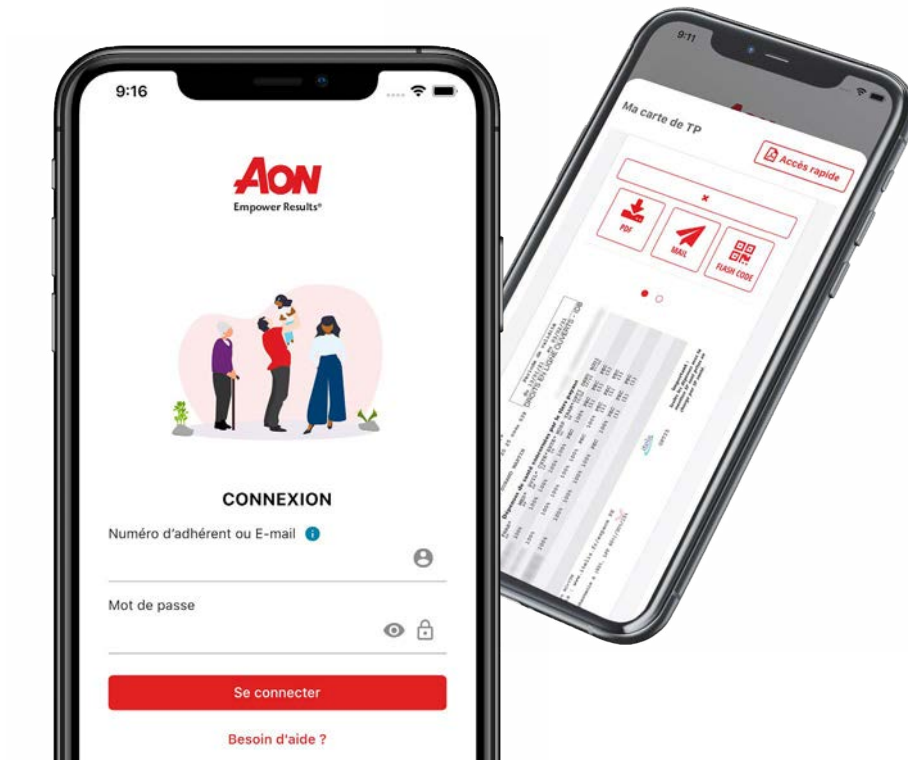


# 5 MySanté by Aon

**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 Aon santé,
- **Adressez vos demandes** en toute simplicité,
- **Identifiez les professionnels** de santé proches de vous



**SCANNEZ MOI**



## 6 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.



# 7 Services santé

## La téléconsultation médicale

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

## L'Assistance

otre 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 : Repatriement/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**
- Depuis l'étranger : **+33 1 70 73 56 02**

**Votre numéro de convention : SWISS0004**





## Zéro Reste à charge

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

## Votre contrat frais de santé intègre le 100% Santé.

**Panier 100% Santé** : L'intégralité de vos soins sera remboursée par la Sécurité sociale et la complémentaire santé.

**Panier hors 100% Santé** : Remboursement à hauteur des garanties de votre contrat, il peut par conséquent entraîner un reste à charge.

### 100% Santé... En pratique

Les professionnels de santé ont l'obligation de vous proposer les soins et équipements disponibles dans le panier 100% Santé.

## Optique

Votre opticien a l'obligation de vous présenter un devis « panier 100% Santé » c'est-à-dire :

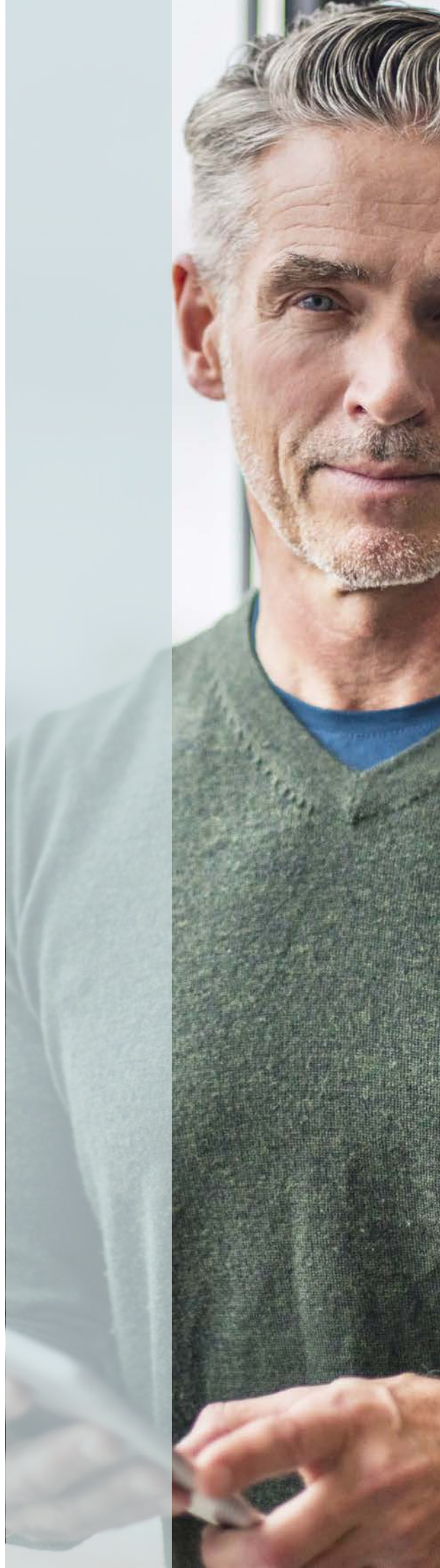
- Une monture de lunettes qui respecte les normes européennes et le prix maximum de 30 €.
- Des verres traitant l'ensemble des troubles visuels. Les verres seront conformes au traitement anti-rayures, anti-UV ts. Les verres pourront être amincis en fonction du trouble.

## Dentaire

Votre dentiste a l'obligation de vous proposer la solution la plus adaptée. Pour ce faire, il doit établir un devis comportant notamment la description précise et détaillée du traitement envisagé et les matériaux utilisés ainsi que le montant des honoraires correspondant au traitement envisagé.

## Audiologie

Votre audioprothésiste doit vous proposer un devis « panier 100% Santé » et vous aider à choisir la solution la plus adaptée à vos besoins et vos attentes.



### 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 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 con d'un régime frais de santé souscrit par son employeur, faites jouer le régime AON en 2<sup>ème</sup> 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](http://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 50 centimes n'est réglée qu'une fois et le prix des médicaments diminue avec la quantité.

### Ayez le réflexe Ameli

[annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.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 le 01.12.13, 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](http://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 la pension vieillesse Sécurité sociale,
- De résiliation du contrat.

## 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 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<sup>er</sup> jour de votre retour à l'emploi ou dès lors que vous faites valoir vos droits à 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](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



# Tableau de garanties (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, étio-pathe, 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'appairage 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 Tableau de garanties (2/2)

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

DENTAIRE	
<b>Soins et prothèses 100% Santé <sup>(*)</sup></b>	
	<b>100% HLF moins MR</b>
<p>(*) 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).</p>	
<b>Soins et prothèses hors 100% Santé</b>	
• 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.	
<b>Equipements 100% Santé (Classe 1) <sup>(*)</sup></b>	
• Audioprothèse (Limite par aide auditive)	<b>100% PLV moins MR</b>
<p>(*) 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).</p>	
<b>Equipements hors 100% Santé (Classe 2)</b>	
• 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 Tableau de garanties : Grille optique

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 €

# 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 30 €. Médecin non adhérent à un DPTAM : la base de remboursement tarifaire sera de 23 €.*

## **Dépassements d'honoraires non pris en charge**

Lorsqu'ils sont consultés hors du parcours de soins coordonnés, 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 coordonné.

## **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  $\times$  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 1er janvier de chaque année par les pouvoirs publics.

## **Régime obligatoire**

Le régime de Sécurité sociale français auquel vous êtes affilié(e). 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 par 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.

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.



# AON

## Guide pratique frais de santé

Copyright© 2021 Aon. Tous droits réservés.

Ce document est destiné à des d'information uniquement et ne doit pas être interprété comme conseil ou opinion sur des faits ou des circonstances Les commentaires contenus dans ce rapport sont basés sur l'analyse préliminaire par Aon de l'information accessible au public. Le contenu de ce document est mis à disposition en tant que tel sans garantie d'aucune sorte.

Aon décline toute responsabilité légale envers toute personne ou organisation pour la perte ou le dommage causé par ou résultant de l'utilisation de ce contenu.

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

