

Guide Pratique Frais de santé

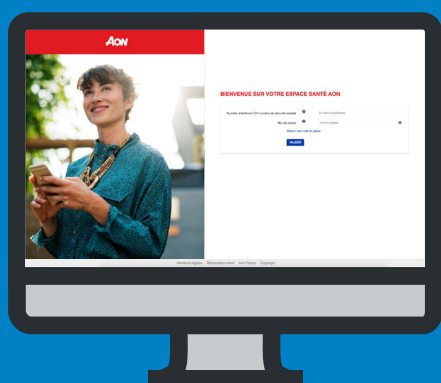
Ensemble du personnel

Sysco
France

Aon
Empower Results®

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.

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



Lors de votre première connexion, identifiez-vous à l'aide de votre numéro de Sécurité sociale ou de votre numéro d'adhérent qui figure sur les courriers Aon.

Vous pourrez alors recevoir un mot de passe à 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.

Vous voulez un renseignement ou vous avez besoin d'une prise en charge pour une hospitalisation :

01 73 10 20 25 saisir le code 061, du lundi au vendredi de 8h 30 à 18h - monportailsante.aon.fr - N° Fax : 05 45 38 30 82

Nous écrire :

Pour toute demande de remboursement,
merci d'adresser votre courrier à :

Aon
Service Frais Médicaux
28 Allée de Bellevue – CS 70000
16 918 Angoulême Cedex 9

Pour toute demande autre que les remboursements,
merci d'adresser votre courrier à :

Aon
28 Allée de Bellevue – CS 70000
16918 Angoulême Cedex 9

Modalités d'adhésion (lors de votre arrivée dans l'entreprise)

Vous devez compléter un **bulletin individuel d'adhésion**, qui permettra d'identifier les bénéficiaires des garanties et y joindre :

▶ un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal,

▶ le certificat de scolarité des enfants de plus de 16 ans, ou la copie du contrat d'apprentissage, ou tout autre justificatif de la situation de l'enfant,

▶ la copie de votre attestation papier en cours de validité, jointe à la Carte Vitale et celle de chaque bénéficiaire ayant son propre numéro de Sécurité sociale, notamment celles des enfants étudiants.

Modalités d'adhésion aux régimes optionnels facultatifs

▶ **La souscription aux options est possible :**

- A la date d'entrée dans l'entreprise,
- A la date de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage, PACS, concubinage, rupture de PACS, rupture de concubinage),

▶ **Vous pouvez modifier votre choix de formule :**

- Lors d'un changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage, PACS, concubinage, rupture de PACS, rupture de concubinage),
- au 1^{er} janvier de chaque année, si vous avez bénéficié d'une formule inférieure pendant au moins deux années civiles, sous réserve que la demande nous parvienne avant le 15 novembre précédent.

▶ **Vous pouvez demander votre radiation :**

Par lettre recommandée avant le 1^{er} novembre de chaque année, le cachet de la poste faisant foi, pour prendre effet au 31 décembre suivant. La cessation de la garantie entraîne sa radiation et celle de ses ayants droit.

En cas de radiation, vous pourrez de nouveau souscrire à une option après une période de 12 mois, sauf en cas de changement de situation de famille.

Les cotisations liées à l'adhésion de votre famille et/ou à votre option facultative sont exclusivement à la charge du salarié et feront l'objet d'un prélèvement mensuel (le 5 du mois) par Aon sur votre compte bancaire*.

*Frais de quittance

Cotisations et bénéficiaires du régime

La cotisation obligatoire correspondant au régime de frais de santé est prélevée chaque mois sur votre salaire par votre employeur. Elle est indiquée sur votre bulletin de salaire. 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 de moins de 18 ans reconnu ayant-droit par la Sécurité sociale



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



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



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

Attention

Pensez à informer Aon de tout changement de situation.

La liaison NOEMIE

Simplifiez-vous la vie : demandez la télétransmission !

La télétransmission ou « liaison Noémie » est une connexion informatique entre votre régime obligatoire et Aon. Cette connexion permet l'envoi d'un flux d'informations électroniques qui nous sert à payer automatiquement votre part de remboursement complémentaire.

Lors de votre affiliation au régime frais de santé de votre entreprise, nous avons demandé à votre régime obligatoire la mise en place de la liaison Noémie, mais celle-ci peut être non-active. Vérifiez sur votre décompte de prestations, si celui-ci indique : “ces informations n'ont pas été transmises à un organisme complémentaire, si vous en avez un, pensez à lui envoyer ce relevé et conserver une copie”, alors la télétransmission ne fonctionne pas. Dans ce cas, consultez le paragraphe suivant.

Pourquoi une télétransmission non active ?

Nous vous présentons ici les raisons pour lesquelles cette liaison peut ne pas fonctionner, et comment y remédier.

- ❗ Les informations qu'Aon transmet à la CPAM (numéro de sécurité sociale, date de naissance, caisse CPAM) sont différentes ou non existantes dans cette CPAM.
- ✅ Nous vous adressons un courrier pour vous informer de ce dysfonctionnement, et vous indiquer la procédure à suivre. Il vous suffit de nous fournir par courrier ou par mail, une nouvelle attestation Sécurité sociale, pour que nous disposions d'informations à jour.
- ❗ La CPAM nous signale un chevauchement de contrats (Aon et une autre mutuelle sont enregistrées dans le fichier Sécurité sociale).

La CPAM accepte l'enregistrement de deux organismes mais ne peut transmettre qu'à une seule mutuelle. Ne sachant pas quelle mutuelle doit recevoir la télétransmission, la CPAM bloque l'envoi du décompte par télétransmission et vous adresse un décompte papier avec le message : « ces informations n'ont pas été transmises à un organisme complémentaire, si vous en avez un, pensez à lui envoyer ce relevé et conserver une copie. »

- ✅ Nous vous adressons un courrier pour vous informer de ce dysfonctionnement, et vous indiquer la procédure à suivre. Voici la démarche que nous vous conseillons : vous connecter sur le site de l'Assurance maladie : www.ameli.fr (1) ; rubrique “mon compte” (2), puis dans “mes informations” (3), et “ma complémentaire santé” (4), afin de vérifier le nom des organismes complémentaires mentionnés.



1



2



3



4

Vous devez adresser le coupon joint à notre courrier à l'organisme complémentaire avec lequel vous ne souhaitez pas bénéficier de la télétransmission.

Pour nous contacter :
 Service EDI
 12-28 allée du Bellevue - CS 70 000
 16018 ANGOULÊME CEDEX 9
 t +33 (0)5 45 38 69 20
 e edi@cpam.fr

MME DUPONT ANNE
 1 ALLÉE DES OISEAUX
 75015 PARIS

Référence à reporter sur votre correspondance :
 Assuré : 300000000000X - DUPONT ANNE
 Société : EXEMPLE

Angoulême, le 12 janvier 2016

Madame,

Votre caisse d'assurance maladie nous indique qu'une autre mutuelle est déjà enregistrée pour la télétransmission de vos remboursements. Cette situation ne vous permet pas de bénéficier de cet avantage avec Aon. En effet, votre Caisse d'Assurance Maladie ne peut télétransmettre qu'à un seul organisme complémentaire.

➔ Si Aon est votre unique complémentaire santé : demandez à votre précédente mutuelle d'annuler la télétransmission auprès de votre caisse d'assurance maladie. Dans l'attente de cette mise à jour, vous devez nous adresser les décomptes papier originaux qui ne portent pas le message « décompte transmis à Aon ».

➔ Si vous êtes affilié à Aon et à une autre mutuelle : Déterminez celle avec laquelle vous ne souhaitez pas la télétransmission et demandez-lui de l'annuler auprès de votre caisse d'assurance maladie. Si vous n'avez pas la connaissance de cet autre organisme, vous pouvez consulter le site de la CPAM, www.apmef.fr rubrique : mon compte, mes informations, ma complémentaire santé.

Si vous ne souhaitez pas la télétransmission avec Aon, le coupon sera à nous retourner, accompagné de toute attestation de tiers payant émise au titre de l'indemnité en cours, délivrée par Aon. Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et, vous prions d'agréer Madame, l'expression de nos sincères salutations.

Service EDI / CFA

Coupon à adresser à l'organisme complémentaire avec lequel vous ne souhaitez pas la télétransmission

Assuré(e) : DUPONT ANNE
 Demande la suppression de la télétransmission pour le(s) bénéficiaire(s) suivant(s) :

Bénéficiaires	Date de naissance	N° sec soc	Caisse RO
DUPONT JULIE	12/07/1998	2 65 08 75 205 01X	01751

Date : Le / /
 Signature de l'assuré(e)

- Si vous souhaitez la télétransmission avec Aon, vous adressez le coupon à votre autre organisme complémentaire,
- Si vous souhaitez la télétransmission avec votre autre mutuelle, vous retournez ce coupon à Aon, accompagné des éventuelles attestations de tiers payant délivrées. A réception nous stopperons la télétransmission, afin de vous permettre de bénéficier de la télétransmission avec votre autre organisme complémentaire. Aon pourra intervenir en complément de cette autre mutuelle, sur présentation des décomptes originaux de cet autre organisme et d'une copie de facture, s'il s'agit de frais d'optique, prothèse dentaire, appareillage ou autres actes avec dépassements d'honoraires.

Tiers Payant

Aon met à votre disposition un service de tiers payant qui se matérialise par une attestation, communément appelée carte de tiers payant. 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 ainsi que 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 hors Optique, Prothèse dentaire et Audio-prothèse, si les domaines sont ouverts au tiers-payant, où le niveau de prise en charge s'effectue à hauteur de la garantie prévue au contrat.

Fonctionnement de la carte de Tiers Payant

Pour connaître les praticiens pratiquant le tiers payant les plus proches de chez vous, connectez-vous sur l'espace santé Aon à l'adresse : monportailsante.aon.fr rubrique « Tiers Payant ».

► **Vous utilisez la carte de tiers payant et la carte Vitale : vous ne payez 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 Aon.



Vous présentez votre carte Vitale au professionnel de santé **ET** votre carte complémentaire santé.



Le professionnel de santé demande directement le remboursement :



1 - A votre régime obligatoire pour la part prise en charge par la Sécurité sociale.



2 - A Aon pour la part complémentaire.

► **Vous utilisez uniquement votre carte Vitale : vous réglez la partie complémentaire Aon** et demandez au professionnel de santé un justificatif à faire parvenir à Aon afin d'obtenir votre remboursement dans la limite prévue au contrat.



Vous présentez votre carte Vitale au professionnel de santé.



Le professionnel de santé vous fait payer la part complémentaire (consultation ou autre...).



Votre régime obligatoire rembourse la part prise en charge par la Sécurité sociale au professionnel de santé.



Nous vous remboursons à réception du justificatif ou du décompte de prestations, qui vous a été transmis par votre organisme de gestion du régime obligatoire.

Attention

Pensez à demander un justificatif de paiement.

► **Vous n'utilisez aucune carte : vous payez donc la totalité des frais réels.** Aon rembourse sans demander de justificatif, car votre décompte Sécurité sociale indique que vous avez payé l'intégralité des frais.



Vous ne présentez pas votre carte Vitale au professionnel de santé.




Le professionnel de santé vous fait payer le montant total de la facture (consultation ou autre...) et vous remet une feuille de soins, à compléter.



Vous transmettez la feuille de soins complétée à votre régime obligatoire, qui vous rembourse la part de la Sécurité sociale, et qui vous transmet un décompte de prestations.



Vous nous transmettez votre décompte, et nous vous remboursons la part complémentaire si la télétransmission entre votre régime obligatoire et Aon a été mise en place.

 Si la télétransmission est active, vous n'avez pas besoin de nous transmettre vos décomptes ou vos justificatifs ! En effet, votre organisme de gestion du régime obligatoire (CPAM) nous transmet les informations via la liaison Noémie, et nous vous remboursons directement la part complémentaire.



Services Itelis

L'assureur a négocié pour vous, avec sa filiale ITELIS, des services d'information médicale et sociale ainsi que des services spécifiques pour les garanties optique, dentaire et audioprothèse.

Vous avez accès à la géolocalisation des prestataires conventionnés avec Itelis sur l'espace assuré Aon : monportailsante.aon.fr

Services d'information médicale et sociale

Un centre d'appel téléphonique est à votre disposition. Il est accessible du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00 et le samedi de 9h00 à 13h00. Les coordonnées sont disponibles sur www.itelis.fr/ Espace PS

Une équipe de conseillers santé vous met en relation avec des médecins, opticiens, diététiciennes ... qui vous informent et répondent à toutes vos questions médicales ou administratives :

- **La prévention** : vaccinations, prévention bucco-dentaire, allergies, diététique, problèmes de vision et d'audition, dépistage et prévention des cancers...
- **Le mode de vie** : les facteurs de risques et l'hygiène de vie, notamment tabac, drogue, alcool, pollution, alimentation, sédentarité, sport...
- **La nutrition** : régimes, comportement alimentaire, obésité, diététique pour les enfants, les adolescents et les adultes...
- **Les adresses utiles** : associations de patients, centres de consultations et de dépistage, centres spécialisés en thermalisme, rééducation, désintoxication, antipoison, anti-tabac, antidouleur...
- **Les nouvelles techniques médicales** : soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, maladies génétiques et chroniques, médecines douces, traitements de la stérilité, transplantations et greffes, chirurgie esthétique, opération de la myopie, défibrillateur cardiaque implantable...
- **Les examens paramédicaux** : nature des divers examens et analyses (radiologie, biologie, scanners, IRM, échographie ...) et préparation...
- **Les démarches administratives** : aide au maintien à domicile des personnes âgées et prise en charge de la dépendance, aides financières en cas d'hospitalisation, protection sociale, structures d'accueil médicalisées.

Ces informations sont communiquées par une équipe spécialisée, qui s'engage à respecter les règles de déontologie et de confidentialité médicale. Elle ne fait ni diagnostic individualisé, ni recommandation de prescription médicale.

Services en optique, dentaire et audioprothèse

Le service optique, dentaire et audioprothèse est accessible **du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00 et le samedi de 9h00 à 13h00** (Les coordonnées sont disponibles sur www.itelis.fr/ Espace PS).

Des spécialistes (opticiens, chirurgiens-dentistes, conseillers santé), vous aideront à mieux analyser l'offre qui vous est faite au moment de l'achat de lunettes correctrices ou de la réalisation de prothèses dentaires ou auditives.

Vous avez accès aux services suivants :

Information à caractère général et préventif

Prothèses dentaires, les verres et lentilles optiques, leurs traitements, les techniques utilisées dans le secteur, les audioprothèses.

Etudes de devis et simulation de remboursement

Le service Itelis analyse des devis préalablement remplis par les praticiens afin de déterminer si les prix demandés sont conformes à la moyenne des prix pratiqués dans votre zone géographique.

En optique et auditif, les experts, avec votre accord, proposent une aide à la négociation afin de s'accorder sur les tarifs de la prestation (par téléphone et/ou par courrier).

Le service réalise également des simulations de remboursement de la Sécurité sociale et des garanties frais de santé du bénéficiaire.

Accès à un réseau de professionnels de santé partenaires (optique, dentaire, audioprothèse)

En se rendant chez les partenaires, vous bénéficiez de tarifs négociés, d'un devis clairement défini et chiffré, et de services complémentaires :

Chez les opticiens partenaires :

- Le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat ;
- L'accueil, les conseils et les compétences techniques de professionnels diplômés d'Etat ;
- Un large choix de montures de toutes matières et de toutes formes, des verres aux normes CE provenant des meilleurs fabricants ;
- Le contrat adaptation « verres progressifs », le contrat lentilles avec garantie d'adaptation ;
- Les opérations gratuites d'entretien courant ;
- La garantie casse pendant deux ans sans franchise.

Chez les chirurgiens-dentistes partenaires :

- Le tiers payant à hauteur de la garantie, pour les prothèses dentaires ;
- Une qualité d'accueil, d'écoute et de conseils, notamment en matière de prévention bucco-dentaire ;
- Un confort maximum lors des séances de soins, ainsi que le respect des règles d'hygiène et de sécurité.

Dans les points de vente d'audioprothèses :

- Le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat ;
- Des tarifs préférentiels sur le petit équipement ;
- Une extension de garanties à 4 ans ;
- Une garantie perte, vol, casse, sur une gamme d'appareils ;
- Des essais d'appareillages, des packs piles annuels négociés.

Pour connaître les partenaires les plus proches, vous pouvez utiliser l'outil de géo localisation mis à disposition votre site monportailsante.aon.fr ou appeler votre gestionnaire santé au numéro figurant sur votre attestation de tiers payant santé. Vous pouvez aussi télécharger l'application @pplitelis®.

Pour bénéficier chez un partenaire des accords négociés, vous devez présenter votre attestation de tiers payant santé. Une prise en charge sera fournie aux professionnels de santé membre du réseau d'Itelis sous 48 heures après réception des devis.

Dans le réseau, si vous choisissez un verre de qualité supérieure et/ou des traitements non compris dans la Sélection Opti, vous conservez les avantages tarifaires du réseau, mais vous devez prendre en charge la différence de prix entre le verre choisi et le verre préconisé dans la sélection.

Services AXA

La téléconsultation médicale

La téléconsultation médicale vous permet de consulter un médecin par téléphone ou vidéo.

À l'issue de l'entretien, le médecin peut prescrire une ordonnance si besoin, l'adresser à la pharmacie de votre choix dans l'Union européenne ou la mettre à disposition sur [bonjourdocteur.com](https://www.bonjourdocteur.com).

En cas d'urgence, vous serez accompagné(e) en France pour une prise en charge par le Samu, et redirigé(e) à l'étranger vers un service adapté.

Les + AXA

▶ **Par téléphone 24/7**

▶ **Bonjourdocteur.com** : rendez-vous en ligne, géolocalisation des pharmacies les plus proches, ordonnance en ligne

▶ **Médecins généralistes, orientation vers des spécialistes** (cardiologie, dermatologie, gastro-entérologie, gynécologie, ORL, rhumatologie)

▶ **Protégé par le secret médical**

Par téléphone :

36 33 depuis la France (coût d'un appel local)

+ 33 1 55 92 27 54 depuis l'étranger (coût d'un appel depuis l'étranger)

Par vidéo :

via le site [bonjourdocteur.com](https://www.bonjourdocteur.com)

Les services d'assistance santé AXA

Accessibles 24h/24H et 7j/7j, les services d'assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile.

Numéro de téléphone à composer pour les assurés : 01 72 59 51 60 - numéro de convention : 7203625

Adaptalia Santé Essentielle, c'est :

▶ **Garde des enfants/petits enfants** jusqu'à 40 heures, au domicile

▶ **Venue d'un proche** au chevet du salarié, par avion ou train

▶ **Soutien pédagogique pour l'enfant** jusqu'à 15 heures par semaine, au domicile

▶ **Présence d'une aide ménagère** jusqu'à 40 heures, au domicile

▶ **Soin à domicile**, mise à disposition de personnel médical

▶ **Garde-malade** jusqu'à 40 heures, au domicile du salarié

Mais aussi :



Maternité : réponse par téléphone à toutes les questions concernant la grossesse et la maternité



Chimiothérapie ou radiothérapie : organisation, sans prise en charge, des services au domicile de l'assuré



Atteinte corporelle grave : organisation et prise en charge du rapatriement sanitaire

La réforme du 100% santé

Zéro Reste à charge

Grâce à la réforme « 100% santé », vous pouvez bénéficier, sous certaines conditions, d'**un reste à charge zéro** pour vos dépenses en :



Optique



Dentaire



Audiologie

**Mise en place progressive de la réforme
à partir du 1^{er} janvier 2020**

1^{er} janvier 2020 : Optique, Dentaire (en partie).

1^{er} janvier 2021 : Optique, Dentaire et Audiologie

Au 1^{er} janvier 2020, votre contrat frais de santé intègre le 100% Santé.

► Un Panier 100% santé

Un ensemble de prestations de soins et d'équipements de qualité en matière d'optique, dentaire et audiologie, pris en charge intégralement, c'est-à-dire sans reste à charge pour vous.

L'intégralité de vos soins sera remboursée par la Sécurité sociale et la complémentaire santé.

► Un Panier HORS 100% santé

C'est-à-dire un ensemble de soins dont les matériaux et équipements sont à choisir librement et remboursés conformément à vos garanties Mutuelle.

Il peut par conséquent entraîner un reste à charge pour vous.

100% santé... en pratique

Au 1^{er} janvier 2020, 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, anti-reflets. 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

A compter du 1^{er} janvier 2021, **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.

Comment obtenir vos remboursements ?

Pour accélérer les délais de remboursement de votre complémentaire santé, nous mettons en place avec votre régime obligatoire **un système de 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 jointe à la Carte Vitale pour chaque bénéficiaire garanti par le contrat.

Remarque

Si votre décompte de Sécurité sociale comporte un message précisant qu'Aon est avisé directement par la CPAM des prestations remboursées, vous n'avez pas à nous envoyer votre décompte de Sécurité sociale. Dans le cas contraire, vous devrez adresser à Aon votre décompte Sécurité sociale.

Attention

La télétransmission ne peut généralement pas être mise en place pour le bénéficiaire de la garantie (vous-même ou un membre de votre famille) qui serait adhérent à une autre assurance complémentaire pratiquant la télétransmission.

Vous êtes remboursé par virement ou par chèque, en fonction du choix fait au moment de votre affiliation.

Vos décomptes sont consultables depuis votre extranet Aon.

Pour être prises en compte, vos demandes de remboursement doivent nous être présentées au plus tard dans les deux ans suivant la date des soins.



Remboursements spécifiques

Pièces justificatives à fournir à Aon

Pour certains actes, des informations complémentaires nous sont nécessaires pour effectuer votre remboursement.



Hospitalisation : en cas de paiement de frais liés à l'hospitalisation, adresser : facture acquittée (bordereau AMC) de l'établissement hospitalier et note d'honoraires des praticiens. Seuls les honoraires déclarés à la Sécurité sociale peuvent être pris en considération.



Optique (verres, monture et lentilles) : si vous n'avez pas utilisé le tiers payant, facture de l'opticien et prescription médicale détaillant la correction visuelle. Lentilles refusées par la Sécurité sociale et lentilles jetables, prescription médicale lors de la première demande de remboursement et facture.



Cure thermique : si acceptée par la sécurité sociale, pour le versement du forfait, adresser l'attestation de l'établissement thermal.



Soins dentaires : pour tous dépassements d'honoraires, adresser vos factures acquittées et détaillées du chirurgien dentiste.



Prothèses dentaires, orthodontie : Facture acquittée et détaillée du chirurgien-dentiste ou de l'orthodontiste.



Frais de maternité : en cas de paiement des frais liés à l'accouchement, adresser : l'extrait d'acte de naissance du nouveau-né et notes d'honoraires ou factures des frais de séjour, des dépassements d'honoraires et des frais de chambre particulière permettant d'apprécier les frais engagés. Seuls les honoraires déclarés à la Sécurité sociale peuvent être pris en considération.

Les actes hors nomenclature ne sont pas garantis par votre contrat, sauf mention particulière. Sont dits "hors nomenclature", les actes médicaux qui ne figurent pas à la nomenclature générale des actes professionnels, ou absents de la classification commune des actes médicaux (CCAM). Ces actes, non reconnus, ne sont pas remboursés par l'assurance maladie.

Exclusions

▶ **Participation forfaitaire de 1€ :** elle s'applique à tout assuré ou bénéficiaire de plus de 18 ans (hors CMU) et concerne les actes de biologie/radiologie ainsi que les consultations et les visites des médecins spécialisés et généralistes. Conformément aux dispositions du décret 2004-1453 du 23 novembre 2004, le contrat ne couvre pas cette participation.

▶ **Franchises médicales :** depuis le 1^{er} janvier 2008, une franchise de 0,50 € est appliquée sur les boîtes de médicaments et les actes paramédicaux et de 2 € sur les transports sanitaires. Elle est plafonnée à 50 € par an, au total.

Liste non exhaustive. Pour en savoir plus, merci de consulter la notice d'information de l'assureur. Les garanties sont accordées sous réserves prévues par le Code des Assurances.

▶ **Actes effectués en dehors du parcours de soins :** le contrat ne prend pas en charge :

- la majoration du ticket modérateur
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques dans les limites prévues par la législation.

Services associés

Devis Prothèses dentaires / Orthodontie / Optique / Honoraires / Appareillage

Afin de vous assister dans votre prise de décision, Aon établit des devis indiquant le remboursement auquel vous pouvez prétendre. **La procédure est la suivante :**

Un devis détaillé établi par le professionnel de santé indiquant la codification, la prise en charge de la Sécurité sociale et le prix doit nous être adressé :

Aon
Service Frais Médicaux
28 Allée de Bellevue – CS 70000
16 918 Angoulême Cedex 9
N° Fax : 05 45 38 30 82

Cessation / Maintien des garanties frais de santé

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.

Attention

Dans les cas ci-contre, pensez à nous renvoyer votre carte de tiers payant.

Accord National Interprofessionnel (ANI)

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

Vous devrez apporter la preuve de votre prise en charge 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...

Passée la période de droit ANI 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

**Aon
PLUS**



Conseils et informations utiles

► **Respectez le parcours de soins**, la Sécurité sociale l'a mis en place pour inciter à consulter en priorité son médecin traitant qui est le plus à même de suivre votre santé sur le long terme. 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. **Et 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.

Si votre médecin traitant vous oriente vers un spécialiste, ce dernier est alors appelé **médecin correspondant**. Les remboursements seront différents en fonction de l'appartenance du spécialiste au secteur 1 ou 2. Attention : si vous ne passez pas par votre médecin traitant avant de vous rendre chez le spécialiste, vous serez moins bien remboursé ! Sauf bien sûr en cas d'urgence ou pour les médecins en accès libre (gynécologue, ophtalmologue, psychiatre ou neuropsychiatre, stomatologue) et pour les dentistes.

► **Chez le pharmacien**, choisissez 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.

► **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)

Méfiez-vous des promotions : 2^{ème} paire à 1 €, paire de soleil à votre vue gratuite... Ces offres ont un coût pour l'opticien qui l'intègre généralement dans le prix de la première paire.

Ne communiquez pas les garanties de votre mutuelle. Votre devis doit être établi en fonction des actes réalisés et non pas en fonction de votre couverture.

► **A l'hôpital**, sauf quelques exceptions dans le « public », les dépassements d'honoraires ne sont facturés que dans le « privé ». Ils représentent ce que le médecin (chirurgien, obstétricien, spécialiste) demande en plus de la base de remboursement de référence pour l'acte qu'il va pratiquer. Ils ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale.

► **Chez l'ophtalmologiste**, l'ordonnance donne les indications relatives à votre défaut visuel pour que l'opticien puisse fabriquer les lunettes correspondant à votre situation.

- Les chiffres hors parenthèses (sphère), précédés du + correspondent à une hypermétropie, ceux précédés du - correspondent à une myopie.
- Les chiffres entre parenthèses (cylindre) correspondent à une astigmatie, le nombre qui suit (axe) est en degré et correspond à l'orientation de l'astigmatisme.
- La presbytie, pour sa part, arrive souvent à partir de 45 ans. Elle est due à un défaut du cristallin qui n'est plus capable de s'adapter à la vision de près. Il faut alors prévoir des verres progressifs pour compenser (ajout de puissance ou addition – Add sur l'ordonnance) si le presbyte avait déjà un autre défaut comme la myopie ou l'hypermétropie.

Exemple : on pourrait voir sur l'ordonnance d'une personne presbyte et myope :

OD (oeil droit) : -4.00 Add 2.00 ;

OG (oeil gauche) : -3.50 Add 2.00

Ou sur l'ordonnance d'une personne hypermétrope + astigmat + presbyte :

OD : +2.50 (+0.75) 15° Add 1.75 ;

OG : +2.25 (+0.50) 75° Add 1.75

NATURE DES ACTES	RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE - RESPONSABLE		RÉGIME OPTIONNEL 1 Facultatif Non responsable Base comprise		RÉGIME OPTIONNEL 2 Facultatif Non responsable Base comprise	
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux						
• Consultation/Visite Généraliste d'un médecin adhérent à un DPTAM	130% BR		150% BR		150% BR	
• Consultation/Visite Généraliste d'un médecin non adhérent à un DPTAM	110% BR					
• Consultation/Visite Spécialiste d'un médecin adhérent à un DPTAM	150% BR		150% BR		150% BR	
• Consultation/Visite Spécialiste d'un médecin non adhérent à un DPTAM	130% BR					
• Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin adhérent à un DPTAM	150% BR		150% BR		150% BR	
• Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin non adhérent à un DPTAM	130% BR					
• Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à un DPTAM	100% BR		150% BR		150% BR	
• Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à un DPTAM	80% BR					
Analyses et examens de laboratoire						
• Analyses et examens de laboratoire	100% BR		150% BR		150% BR	
Honoraires paramédicaux						
• Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR		150% BR		150% BR	
Médicaments						
• Médicaments et vaccins prescrits, pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR		100% BR		100% BR	
• Vaccins prescrits non pris en charge par la SS	6% PMSS / an / bénéficiaire		6% PMSS / an / bénéficiaire		6% PMSS / an / bénéficiaire	
Matériel médical						
• Appareillage (hors optique, dentaire et aide auditive)	130% BR		150% BR		150% BR	
Autres soins						
• Frais de transport	100% TM		100% TM		100% TM	
• Médecine douce (Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncture, Etiopathe, Ergothérapeute, Sophrologue, Pédicure)	150 € / an / bénéficiaire		200 € / an / bénéficiaire		240 € / an / bénéficiaire	
• Cure thermique prise en charge par Sécurité sociale sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés (hors frais de transport et d'hébergement)	15% PMSS Plafonnement médecin hors OPTAM : 130% BR		20% PMSS Plafonnement médecin hors OPTAM : 150% BR		20% PMSS Plafonnement médecin hors OPTAM : 150% BR	
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE + MATERNITÉ						
	CONV.	NON CONV.	CONV.	NON CONV.	CONV.	NON CONV.
• Forfait journalier	100% FR		100% FR		100% FR	
Honoraires						
• Médicaux et chirurgicaux d'un médecin adhérent à un DPTAM	250% BR		100% FR - MR		100% FR - MR	
• Médicaux et chirurgicaux d'un médecin non adhérent à un DPTAM	130% BR		100% FR - MR limité à 400% BR		100% FR - MR limité à 400% BR	
• Frais de séjour	250% BR	250% BR max 700 € / jour avec minimum TM	100% FR - MR	90% FR - MR limité à 400% BR (minimum TM)	100% FR - MR	90% FR - MR limité à 400% BR (minimum TM)
• Chambre particulière	2% PMSS / jour		2.5% PMSS / jour		3% PMSS / jour	
Lit accompagnant	1% PMSS / jour		1.5% PMSS / jour		1.5% PMSS / jour	
Enfant de moins de 16 ans						
Soins de suite : Maison de repos et de rééducation, psychiatrie, alcoologie, postcure alcoologie et autres addictions						
• Frais de séjour	Idem Hospitalisation médicale et chirurgicale mais limité à 30 jours		Idem Hospitalisation médicale et chirurgicale mais limité à 30 jours		Idem Hospitalisation médicale et chirurgicale mais limité à 30 jours	
• Honoraires médicaux d'un médecin adhérent à un DPTAM						
• Honoraires médicaux d'un médecin non adhérent à un DPTAM						
• Chambre particulière						
• Forfait journalier	100% FR		100% FR		100% FR	
OPTIQUE						
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.						
Equipelement 100% santé (Classe A) ^(*)						
• Monture et Verres	100 % Prix Limite de Vente - MR					
(*) Equipements 100% Santé tels que définis règlementairement.						
Prise en charge de verres et montures de Classe A, dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) et sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale (SS).						
Equipelement hors 100% santé (Classe B)						
• Monture	100 € - MR		175 € - MR		185 € - MR	
• Verres	Grille ITELIS OPTI 4		Grille ITELIS OPTI 4		Grille ITELIS OPTI 5	
Autres postes optique						
• Lentilles (y compris jetables) prises en charge ou non par la Sécurité Sociale. Au-delà de cette limite, seules les lentilles prises en charge par la Sécurité sociale seront remboursées à hauteur de 100% du ticket modérateur.	7% PMSS/an/bénéficiaire		8% PMSS/an/bénéficiaire		10% PMSS/an/bénéficiaire	
• Les implants intraoculaires multifocaux posés à l'occasion de l'opération de la cataracte (pour un implant, la garantie est réduite de moitié).	Néant		700 €/implant		700 €/implant	
• Chirurgie de l'œil	300 €/œil		400 €/œil		400 €/œil	
DENTAIRE						
Soins et prothèses 100% Santé ^(*)						
	100% Honoraire Limite de Facturation - MR					
(*) Soins et prothèses 100% Santé tels que définis règlementairement.						
Prise en charge de frais de soins dentaires prothétiques, dans la limite des Honoraires de Facturation (HLF) et sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale (SS)						
Soins et prothèses hors 100% Santé						
• Soins	150% BR		150% BR		150% BR	
Prothèses dentaires						
• Prises en charge par la Sécurité sociale	250% BR		300% BR		400% BR	
• Couronne sur implant	250% BR max 3 / an / bénéficiaire		350% BR max 3 / an / bénéficiaire		400% BR max 3 / an / bénéficiaire	
• Non Prises en charge par la Sécurité sociale (pilier de bridge sur dents saines, élément supplémentaire de bridge, prothèses fixes unitaires sur dent saine)	250 € / an / bénéficiaire		400 € / an / bénéficiaire		430 € / an / bénéficiaire	
Autres actes dentaires						
• Implant non pris en charge par la SS (pilier implantaire + implant)	430 € par implant dans la limite de 3 implants / an / bénéficiaire		600 € par implant dans la limite de 3 implants / an / bénéficiaire		700 € par implant dans la limite de 3 implants / an / bénéficiaire	
• Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale (maxi 6 semestres et maxi 2 années de contention)	200% BR		300% BR		400% BR	
• Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale (maxi 4 semestres et maxi 1 année de contention)	150% BR		250% BR		250% BR	

NATURE DES ACTES	RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE - RESPONSABLE	REGIME OPTIONNEL 1 Facultatif Non responsable Base comprise	REGIME OPTIONNEL 2 Facultatif Non responsable Base comprise
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.			
Equipement 100% Santé (Classe 1) ¹			
• Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2020	Se référer à la PEC de la classe 2 dans la limite des Prix Limite de Vente de la classe 1		
• À compter de 2021 : Audioprothèse (Limite par aide auditive)	100% Prix Limite de Vente - MR		
(*) Equipements 100 % Santé tels que définis réglementairement. Prise en charge des aides auditives de classe 1, dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) et sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale (SS).			
Equipement hors 100% Santé (Classe 2)			
• Audioprothèse	130% BR avec, à partir de 2021 un maximum de 1700 € - MR (hors accessoires)	150% BR avec, à partir de 2021 un maximum de 1700 € - MR (hors accessoires)	150% BR avec, à partir de 2021 un maximum de 1700 € - MR (hors accessoires)
• Accessoires : Piles, entretien pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM
ACTES DE PRÉVENTION			
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.			
• Consultation diététicien prescrite pour un enfant de - 12 ans	1.25% PMSS limité à une consultation durant la durée du contrat	1.25% PMSS limité à une consultation durant la durée du contrat	1.25% PMSS limité à une consultation durant la durée du contrat
• Détartrage complet sus et sous gingival des dents	100% TM	100% TM	100% TM
• Examen de dépistage de l'hépatite B	100% TM	100% TM	100% TM
• Le test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (une prise en charge tous les 3 ans)	150% BR	150% BR	150% BR
• Examen de dépistage de l'ostéoporose prise en charge par la SS	100% BR	150% BR	150% BR
• Test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test par grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250 pris en charge ou non par la SS	600 €	600 €	600 €
MATERNITÉ / ADOPTION			
• Forfait sur présentation de l'acte de naissance	Forfait 15% PMSS si la mère est adhérente au contrat	Forfait 20% PMSS si la mère est adhérente au contrat	Forfait 20% PMSS si la mère est adhérente au contrat

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 sociale. À 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.

La grille OPTI Itelis vous permet de n'avoir aucun reste à charge lorsque vous choisissez un équipement optique au sein du réseau ITELIS

GRILLE OPTI 4 - Régime de Base et Option 1 à effet du 01.01.2020

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

HORS PANIER 100% SANTÉ	DANS LE RÉSEAU OPTIQUE ITELIS			HORS RÉSEAU OPTIQUE ITELIS		
Niveau de correction (cf. détails en annexe)	Caractéristiques des verres Unifocaux organiques de marques exclusivement	Caractéristiques des verres Multifocaux organiques de marques exclusivement	Remboursement Incluant RO**	Caractéristiques des verres Unifocaux et Multifocaux	Verre Unifocal Remboursement* Incluant RO**	Verre Multifocal Remboursement* Incluant RO**
Faible	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Verre aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure	Intégral	Variables selon l'opticien	81 € maximum	214 € maximum
Modéré					86 € maximum	226 € maximum
Moyen	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Verre très aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			94 € maximum	239 € maximum
Elevé	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani	Verre ultra aminci Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verres progressifs sur-mesure			154 € maximum	252 € maximum
Très élevé					167 € maximum	267 € maximum

Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement : remboursement (incluant RO) à hauteur des Prix Limites de Vente.

*Par verre. **Remboursement Obligatoire de l'Assurance Maladie.

GRILLE OPTI 5 - OPTION 2 à effet du 01.01.2020

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

HORS PANIER 100% SANTÉ	DANS LE RÉSEAU OPTIQUE ITELIS			HORS RÉSEAU OPTIQUE ITELIS		
Niveau de correction (cf. détails en annexe)	Caractéristiques des verres Unifocaux organiques de marques exclusivement	Caractéristiques des verres Multifocaux organiques de marques exclusivement	Remboursement Incluant RO**	Caractéristiques des verres Unifocaux et Multifocaux	Verre Unifocal Remboursement* Incluant RO**	Verre Multifocal Remboursement* Incluant RO**
Faible	Tous types de verres dont : Verre aminci en fonction de la correction Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani Verre sur-mesure Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée Teinte photochromique (fonce au soleil)	Tous types de verres dont : Verre aminci en fonction de la correction Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre progressif sur-mesure Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée Teinte photochromique (fonce au soleil)	Intégral	Variables selon l'opticien	149 € maximum	300 € maximum
Modéré					149 € maximum	300 € maximum
Moyen					160 € maximum	300 € maximum
Elevé					300 € maximum	300 € maximum
Très élevé					300 € maximum	300 € maximum

Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement : remboursement (incluant RO) à hauteur des Prix Limites de Vente.

*Par verre. **Remboursement Obligatoire de l'Assurance Maladie.

CORRECTION

NIVEAU DE CORRECTION	SPHÈRE OU SPHÈRE + CYLINDRE		CYLINDRE
Faible	Sphère	De -2 à +2	0
	Sphère	De -2 à 0	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De 0 à +2	Strictement supérieur à 0
Modéré	Sphère	De -4 à -2,25 ou de +2,25 à +4	0
	Sphère	De -4 à -2,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +2,25 à +4	Strictement supérieur à 0
Moyen	Sphère	De -6 à -4,25 ou de +4,25 à +6	0
	Sphère	De -6 à -4,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +4,25 à +6	Strictement supérieur à 0
Elevé	Sphère	De -8 à -6,25 ou de +6,25 à +8	0
	Sphère	De -8 à -6,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +6,25 à +8	Strictement supérieur à 0
Très élevé	Sphère	Strictement inférieur à -8 ou strictement supérieur à +8	0
	Sphère	De -8 à 0	Strictement supérieur à +4
	Sphère	Strictement inférieur à -8	Strictement inférieur à 0
	Sphère + Cylindre	Strictement supérieur à +8	Strictement supérieur à 0



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).

CAS – Contrat d'accès aux soins

Mis en place depuis décembre 2013, le contrat d'accès aux soins est conclu entre l'Assurance Maladie et des médecins libéraux du secteur 2. Il a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des assurés, notamment les plus modestes.

Exemple : pour une consultation auprès d'un spécialiste en secteur 2 facturée 33 € :

- Hors CAS, la base de remboursement tarifaire est de 23 €.

- Dans le cadre du CAS, la base de remboursement tarifaire sera de 28 €.

Au 1^{er} janvier 2017, le CAS devient l'OPTAM, l'option pratique tarifaire maîtrisée. Les professionnels de santé peuvent décider d'adhérer ou non à l'OPTAM. Ce changement CAS/OPTAM n'a pas d'impact sur vos garanties.

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 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.

OPTAM

Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, elle remplace le CAS. Ce changement n'a pas d'impact sur vos garanties.

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.

Le forfait 18 €

Pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur est remplacé par une participation forfaitaire de 18€.

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.

Couronne dentaire

Prothèse en forme de "chapeau" que l'on place sur la dent à soigner.

Implant et implant racine

Généralement il y a deux étapes dans la pose d'un implant. Le dentiste pose dans un premier temps l'implant racine dans la bouche. L'implant sera enfoui dans la gencive pour une durée d'environ trois à six mois pour s'intégrer dans l'os. Ensuite, la couronne de l'implant sera cimentée après cette période de temps. Il arrive parfois que l'on puisse mettre une couronne sur l'implant en un seul temps.

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.