



## Frais de Santé – Effet 01/01/2010

### Ensemble du Personnel

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.

- **Obtenir un renseignement ou effectuer une demande de prise en charge hospitalière.**

Notre équipe est à votre disposition du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 au :

**N° Indigo 0 820 229 222**

0,09 € TTC / MN

- **Vérifier le détail de vos derniers remboursements de soins.**

Notre Serveur Vocal Interactif est accessible 7j/7 au :

**N° Indigo 0 820 222 820**

0,09 € TTC / MN

- **Consulter en temps réel vos derniers remboursements de soins ou effectuer des demandes de prise en charge hospitalière.**

Connectez-vous sur notre site Extranet, à l'adresse suivante : [www.aonconsulting.fr](http://www.aonconsulting.fr)

#### Alerte e-mail :

Aon vous propose de recevoir gratuitement sur votre adresse e-mail le montant et le détail de votre dernier remboursement de frais de santé. Pour en savoir plus, connectez-vous sur le [www.aonconsulting.fr](http://www.aonconsulting.fr).

- **Nous écrire :**

Aon Consulting  
Service **ADVIZIUM**  
28 Allée de Bellevue - 16918 Angoulême Cedex 9  
N° Fax : 05 45 38 30 82

## Assuré et Bénéficiaires

- **Vous, en tant que salarié(e) ADVIZIUM**
- Le conjoint bénéficiant de la sécurité sociale, du fait de l'affiliation de l'assuré ou d'une affiliation de l'assuré ou d'une affiliation personnelle (régime général ou régime d'assurance maladie des professions indépendantes),
- Les enfants à charge célibataires :
  - bénéficiant de la SS du fait de l'affiliation de l'assuré ou de celle du conjoint,
  - bénéficiant de la SS en tant qu'apprentis,
  - âgés de moins de 25 ans, s'ils justifient de la poursuite de leurs études et sont affiliés à la SS au titre du régime étudiant ou des assurés volontaires, la couverture de l'étudiant étant prolongée jusqu'à son 26<sup>ème</sup> anniversaire
  - âgés de moins de 26 ans, bénéficiant de la SS du fait d'une affiliation personnelle en tant que titulaire d'un contrat initiative emploi, emploi de solidarité, d'adaptation, d'orientation, de qualification ou d'un contrat de même type.
- **Remarques :**
  - La notion « à charge » mentionnée ci-dessus s'entend au sens de la législation fiscale française .
  - La situation de concubinage notoire et permanente (ou PACS), avec attestation du même domicile que l'assuré, est assimilée à la qualité de conjoint,
  - Le calcul de l'âge est effectué par différence de millésimes entre celui de l'exercice d'assurance considéré et celui de l'année de naissance du bénéficiaire.

## Modalités d'adhésion

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,
- la copie de votre attestation papier jointe à la Carte Vitale et de chaque bénéficiaire ayant son propre numéro Sécurité sociale,
- 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.

## Comment obtenir vos remboursements ?

Pour accélérer les délais de remboursement de votre complémentaire santé, nous avons mis en place avec votre CPAM un système de **télétransmission**. Le traitement des informations se fera donc **automatiquement** entre votre CPAM et Aon.

La télétransmission ne sera effective que si vous avez donné votre accord et fourni 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 [original](#).

**Attention :** la télétransmission ne peut généralement pas être mise en place dans les cas suivants :

- 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,
- pour les enfants bénéficiant du régime de la Sécurité sociale des étudiants autres que MGEL, SMEBA, MEP, LMDE et SMENO,
- pour le personnel en CDD ou licencié,
- pour le ou les bénéficiaires dépendants d'un autre régime que le régime général (SNCF, RATP...).

## Tiers payant

### **Tiers payant SP Santé élargi**

Aon met à votre disposition un service de **tiers payant**, prenant en charge les frais : **pharmacie, analyses de laboratoires, radiologie et soins externes**.

Le niveau de prise en charge s'effectue à hauteur du Ticket Modérateur.

Ce service, développé conjointement par Aon et son partenaire SP Santé, se matérialise par une attestation.

Pour en bénéficier, vous devez simplement présenter au professionnel de santé votre attestation SP Santé, ainsi que votre Carte Vitale.

**Sauf dispositions particulières, seules les personnes employées en CDI peuvent recevoir une attestation de tiers payant.**

**Attention :** il est possible que le professionnel de santé refuse de vous faire bénéficier du tiers payant. Certains imposent en effet un montant minimum en dessous duquel vous devez régler une partie ou la totalité des frais.

En cas de changement de situation familiale, vous devez en informer Aon, afin qu'une nouvelle attestation, tenant compte de cette modification, vous soit délivrée.

En cas de départ d'ADVIZIUM (démission, licenciement...), vous devez remettre l'attestation à votre service du personnel qui la retournera à Aon, et en informer le professionnel de santé concerné.

## Fonctionnement de la carte de Tiers Payant

- **Vous utilisez les cartes de tiers payant et 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 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 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.
- Pour connaître les praticiens SP Santé les plus proches de chez vous, connectez-vous sur le site extranet d'Aon Consulting à l'adresse : [www.aonconsulting.fr](http://www.aonconsulting.fr) rubrique « services »

## Garanties Frais de Santé

Les prestations présentées ci-dessous sont complémentaires à celles de la sécurité sociale et peuvent évoluer à tout moment en cas de modification légale et sociale .

Nature des actes	Montants des prestations	
<b>Frais Médicaux Courants</b>		
<b>Consultations/Visites :</b> Généralistes, Spécialistes, Professeurs, Neuropsychiatres <b>Radiologie</b> <b>Auxiliaires Médicaux</b> <b>Analyses et travaux de laboratoires</b>	<u>Secteur Conventiéonné</u>	<u>Secteur Non Conventiéonné</u>
	100% des frais réels	80% des frais réels
	100% des frais réels	80% des frais réels
	100% des frais réels	80% des frais réels
	100% des frais réels	80% des frais réels
<b>Ostéopathie et Chiropractie</b>	50 €/ séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire	
Pharmacie Tous vaccins refusés par la SS	Frais réels Frais réels	
<b>Hospitalisation Médicale ou Chirurgicale Y Compris Maternité (1)</b>		
Frais de séjour Honoraires Médicaux Honoraires Chirurgicaux	<u>Secteur conventionné</u>	<u>Secteur non conventionné</u>
	100% des frais réels	80% des frais réels
	100% des frais réels	80% des frais réels
Forfait journalier hospitalier Lit d'accompagnant ( <i>enfant de moins de 12 ans, par jour</i> ) Chambre particulière, par jour Transport	frais réels	
	4% PMSS	
	4% PMSS	
	frais réels	
<b>Optique</b>		
Monture Paire de Verres Toutes Lentilles (acceptées/ refusées ou jetables) Kératochirurgie (par oeil)	8% PMSS, par an et par bénéficiaire	
	12% PMSS, par an et par bénéficiaire	
	12% PMSS, par an et par bénéficiaire	
	25% PMSS, par an et par bénéficiaire	
<b>Dentaire</b>		
Soins dentaires Orthodontie prise en charge par la SS Prothèses dentaires prises en charge par la SS (2) Prothèses dentaires refusées par la SS (2) Orthodontie (moins de 18 ans) refusée par SS (2)	Frais réels (80% des frais réels en secteur non conventionné)	
	500% de la base de remboursement SS	
	20% PMSS, par dent	
	20% PMSS, par dent	
<b>Autres soins</b>		
<b>Autres prothèses et Appareillage acceptés SS</b>	500% de la Base de remboursement SS	
<b>Autres prothèses et Appareillage refusés SS</b>	20% PMSS	
<b>Actes de prévention</b>		
<b>Actes bucco-dentaires :</b> • Détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectué en 2 séances maximum)  <b>Vaccinations :</b> • Diphtérie, tétanos et poliomyélite  <b>Dépistage :</b> Ostéodensitométrie (Remboursé par la SS)	100% du Ticket Modérateur	
<b>Maternité – Cures Thermales - Obsèques</b>		
<b>Maternité</b>	20% PMSS	
<b>Cures thermales</b>	20% PMSS	
<b>Obsèques (Assuré, Conjoint, enfant)</b>	20% PMSS	

- (1) Les garanties du bloc « Hospitalisation » sont limitées à un an d'hospitalisation pour une même maladie ou un même accident  
 (2) Prestation limitée à un plafond mensuel de la sécurité sociale par an et par bénéficiaire pour l'ensemble des prothèses dentaires

Rbt SS : Remboursement de la Sécurité sociale ou MR : Montant du Remboursement

FR= Frais réels : montant des frais réellement engagés (honoraires versés aux praticiens, factures,...).

BR = Base de Remboursement : tarif fixé par convention signée par le praticien ou certains établissements dispensant des actes médicaux (hôpitaux, cliniques) et la Sécurité sociale, servant de base aux remboursements effectués par cet organisme.

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Valeur au 1<sup>er</sup> janvier 2010 : 2 885 €.

## Remboursements spécifiques

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

- **Hospitalisation médicale chirurgicale, si vous n'avez pas demandé de prise en charge** : pour obtenir le règlement du forfait journalier et de la chambre particulière, vous devez adresser à Aon la [facture originale acquittée détaillée](#) de l'hôpital ou de la clinique (bordereau AMC).

- **Actes de kinésithérapie** : si les frais réels sont supérieurs au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale, vous devez fournir la facture du praticien indiquant la nature du dépassement, sauf si vous bénéficiez de la télétransmission et que la nature du dépassement a été mentionnée par le praticien à la Sécurité sociale.

- **Dépassements d'honoraires** : il peut vous être demandé de justifier votre dépense par l'envoi d'une facture.

- **Optique**

- **Verres et montures** : une facture détaillée de l'opticien précisant séparément la correction et le prix des verres ainsi que le prix de la monture, voire l'ordonnance le cas échéant.

- **Lentilles** :

- lentilles cornéennes acceptées par la Sécurité sociale : une facture détaillée,

- lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale et les lentilles jetables : une facture détaillée et prescription sur laquelle figure la mention «hors LPP» (Liste des Produits et Prestations).

- **Soins et prothèses dentaires** : vos notes d'honoraires ou factures détaillées par acte.

- **Appareillage** : les factures permettant d'apprécier les frais engagés.

- **Frais de maternité** : un extrait d'acte de naissance de l'enfant, ainsi qu'une facture des frais réellement engagés s'il y a lieu. S'il s'agit d'un **accouchement par césarienne** : un justificatif médical de l'établissement, précisant qu'il s'agit d'une césarienne.

- **Cure thermale** : le volet de remboursement établi par votre CPAM, les factures ainsi que l'attestation de présence de l'établissement thermal.

- **Vaccins** : les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale doivent impérativement avoir été prescrits par un médecin. Il convient de nous adresser la prescription pour effectuer votre remboursement (si cette garantie est prévue dans votre contrat).

- 

**Les actes hors nomenclature ne sont pas garantis par votre contrat, sauf mention particulière.**

## Délai de présentation des dossiers

Sont exclues des garanties les demandes de remboursement présentées après un délai de 2 ans suivant la date des soins pratiqués.

## Cessation / Maintien des garanties Frais de Santé

**L'assurance prend fin à la date :**

- à laquelle le salarié ne fait plus partie de la catégorie de personnel assuré.

- de la liquidation de la pension vieillesse Sécurité Sociale,
- de résiliation du contrat.

## Accord National Interprofessionnel (ANI)

Dans le cadre de l'**Accord National Interprofessionnel** applicable depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009, la couverture Frais de Santé des actifs peut être maintenue au profit des salariés dont le contrat de travail est rompu suite à :

- licenciement hors faute lourde,
- rupture conventionnelle du contrat de travail
- démission légitime (ex : suivi du conjoint),
- rupture du contrat d'apprentissage,
- interruption de la période d'essai, fin de CDD,...

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez son dernier employeur. L'ancien salarié devra fournir à son ancien employeur la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

La durée du maintien est égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers et dans la limite maximale de 9 mois.

L'employeur et le salarié continuent à cotiser dans les mêmes conditions et proportions qu'antérieurement.

## Ce maintien cesse

- dès la reprise d'un travail ou en cas de suppression des allocations chômage,
- en cas de non paiement de la cotisation,
- en tout état de cause à la résiliation du contrat.

## Loi Evin

**Pour les personnes ne bénéficiant pas de l'ANI et au-delà de la période de maintien ANI**, une couverture Frais de Santé peut être proposée aux :

- assurés en incapacité de travail ou en invalidité,
- assurés dont le contrat de travail est rompu pour licenciement entraînant une indemnisation par le Pôle Emploi,
- assurés préretraités (sans nouvelle activité salariée),
- assurés retraités, congés sans solde (parental, de formation ou sabbatique) sur simple demande au Service des Particuliers au **05 45 38 69 11**.

Cette possibilité est également offerte aux ayants droit d'assuré décédé (maximum 12 mois).

## 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.

- **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.

- **Franchises médicales** : depuis le 1<sup>er</sup> 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

Aon France

Société de courtage en assurances et réassurances immatriculée au Registre Unique des Intermédiaires d'Assurances sous le n° 07 001 560  
SA au capital de 46 027 140 euros 414 572 248 RCS Nanterre Siège social : 420 rue d'Estienne d'Orves - 92705 Colombes Cedex  
Tél. 33 (0)1 58 75 75 75 - Fax 33 (0)1 58 75 77 77 - [www.aon.fr](http://www.aon.fr) - N° de TVA intracommunautaire FR 22 414 572 248  
GARANTIE FINANCIÈRE ET ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE CONFORMES AUX ARTICLES L 512.7 et L 512.6 DU CODE DES ASSURANCES

**AON**