



MÉDÉRIC

AON



Livret de l'assuré

Garanties Frais de Santé des cadres de "PSA PEUGEOT CITROËN"

PSA PEUGEOT CITROËN

Janvier 2008

Contacts utiles

- **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 0 820 224 222**
0,09 € TTC / MN



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

Accédez 7j/7 à notre Serveur Vocal Interactif
en composant le :

 **N° Indigo 0 820 222 820**
0,09 € TTC / MN

- **Consulter en temps réel vos derniers remboursements de soins, effectuer des demandes de prise en charge hospitalière, prendre connaissance des garanties liées à votre contrat et de la liste des bénéficiaires qui vous sont rattachés, nous contacter, imprimer les différents documents d'adhésion aux contrats.**

Connectez-vous sur le site Extranet qui vous est dédié, <http://www.adp.aon.fr>

Pensez à vous munir des **deux éléments** nécessaires pour vous connecter :

- **votre numéro d'assuré** qui figure sur vos décomptes de soins,
- **et votre mot de passe** (il vous est communiqué par courrier lors de votre inscription).



- **Alerte e-mail**

Aon vous propose de recevoir gratuitement sur votre adresse e-mail le montant de votre dernier remboursement de frais de santé. Pour en savoir plus, connectez-vous sur le site extranet d'Aon.

- **Nous écrire :**

Aon Assurances de Personnes
Service PSA PEUGEOT CITROEN
28 Allée de Bellevue - 16918 Angoulême Cedex 9

- **Diminuer le délai de traitement de vos remboursements en demandant à bénéficier de la Télétransmission**

Pour plus d'informations, reportez-vous à la page 13 du présent livret.

Sommaire

I - Complémentaire Santé - Régime de Base Obligatoire 3

Objet du contrat	4
Détail des garanties	5
Personnes assurées	7
Modalités d'adhésion, cessation de l'assurance	8
Contrat "Maintien de couverture santé"	12
Modalités de remboursement des Frais de Santé	13
Traitement des demandes de remboursements par télétransmission	13
Traitement des demandes de remboursements hors télétransmission	15
Paiement des prestations	15
Justificatifs à produire	16
Prise en charge hospitalière	18
Services associés à votre contrat	19

II - Complémentaire Santé Contrat Prestations Améliorées 21

Modalités d'adhésion - Paiement des cotisations	22
Détail des garanties	23

III - Annexes 25

Les Tarifs, Autorisation de Prélèvement et documents d'adhésion sont insérés en dernière page de couverture





3

1

Votre complémentaire Santé Régime de Base Obligatoire



■ L'objet du contrat

Verser des indemnités complémentaires aux remboursements de la Sécurité sociale à l'occasion des dépenses de santé.

.....

Les indemnités complémentaires versées s'ajoutent aux remboursements effectués par la Sécurité sociale ou par tout autre organisme, dans la limite des frais réellement engagés et dans le respect des règles qui s'appliquent aux Contrats Responsables.

.....

Les actes hors nomenclature ne font pas l'objet d'un remboursement complémentaire (exemple : chirurgie esthétique, prothèses dentaires provisoires, actes de parodontologie, etc.).

Certains actes hors nomenclature font toutefois l'objet d'un remboursement ; la liste de ces actes et leurs conditions de prise en charge figurent au tableau des garanties page 5.

4

Le contrat a pris effet le 1^{er} janvier 2006 et comporte deux volets

- Un régime de base obligatoire.
- Une option facultative permettant l'extension des garanties au Conjoint Non à Charge au sens de la Sécurité sociale.

Les acteurs

- Souscripteur : PEUGEOT SA
- Organisme assureur : MEDERIC PRÉVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale.
- Gestionnaire :

Aon Assurances de Personnes
Service PSA PEUGEOT CITROËN
28 allée de Bellevue – 16918 Angoulême Cedex 9

Date d'effet des garanties décrites dans ce livret

Les garanties décrites dans ce livret prennent effet au 01/01/2008. Elles s'appliquent aux soins reçus par les assurés à partir de cette date.



■ Détail des garanties

Frais couverts	Prestations complémentaires à la Sécurité sociale
Hospitalisation (Etablissements conventionnés) Frais de séjour, chambre particulière, lit d'accompagnant, honoraires	100 % FR-RSS
Hospitalisation (Etablissements non conventionnés) Frais de séjour, chambre particulière, lit d'accompagnant, honoraires	300 % de la BRSS
Forfait Hospitalier	100 % FR
Maternité (Etablissements conventionnés) Frais de séjour	100 % FR-RSS
Maternité (Etablissements non conventionnés) Frais de séjour	300 % de la BRSS
Maternité - Honoraires de chirurgien (césarienne)	300 % de la BRSS ⁽⁵⁾
Maternité - Chambre particulière dans la limite de 4 jours maximum	3,5 % du PMSS/jour
Maternité - Honoraires Péridurale	100 % de la BRSS
Dentaire	
Prothèse dentaire acceptée ou non prise en charge par la Sécurité sociale - Sup Inter Bridge (SPR50-SS)	375 % de la BRSS ⁽¹⁾
Orthodontie acceptée ou non prise en charge par la Sécurité sociale (jusqu'à 18 ans)	300 % de la BRSS ⁽¹⁾
Implants - Phase chirurgicale ⁽²⁾	25 % du PMSS ⁽¹⁾
Implants - Pose définitive du pilier + couronne sur implant ⁽²⁾	12,5 % du PMSS ⁽¹⁾
Orthopédie , appareillage	300 % de la BRSS ⁽¹⁾
Appareil auditif	450 % de la BRSS ⁽¹⁾
Ostéopathie (actes pratiqués par un praticien inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins)	1 % du PMSS par consultation avec un Reste à Charge minimum de 10 % des FR limité à 15 € par consultation (dans la limite de 15 consultations par an)
Optique	
- Paire de lunettes adulte et enfant de plus de 18 ans dans la limite de 1 paire tous les 2 ans par bénéficiaire (*)	13 % du PMSS + 500 % de la BRSS ⁽¹⁾
- Paire de lunettes enfant de moins de 18 ans	13 % du PMSS ⁽¹⁾
- Lentilles acceptées ou non prises en charge par la Sécurité sociale (par paire)	13 % du PMSS ⁽¹⁾
- Lentilles jetables (par an et par bénéficiaire)	
Chirurgie réfractive laser pour myopie et hypermétropie (par œil)	13 % du PMSS ⁽¹⁾
Cure Thermale acceptée ou refusée par la Sécurité sociale	17 % du PMSS
Sevrage tabagique (**)	100 €/an/Bénéficiaire

^(*) La paire de lunettes pourra être remplacée sans attendre le délai des 2 ans calendaires en cas de bris de verre ou de monture et/ou de modification de la correction optique d'au moins 0,25 dioptrie dûment justifiée par le praticien.

^(**) Sur présentation de la prescription médicale et de la facture correspondante.



Frais couverts	Prestations complémentaires à la Sécurité sociale		
	Sur la fraction des frais égale à la BRSS ⁽³⁾ Régime Général	Sur la fraction des frais égale à la BRSS ⁽³⁾ Régime Alsace Moselle	Sur la fraction des dépassements d'honoraires Régime Général et Alsace Moselle
Médecins généralistes et spécialistes Consultations / Visites ⁽⁴⁾	30 % de la BRSS	10 % de la BRSS	300 % de la BRSS ⁽⁵⁾
Pharmacie	30 % de la BRSS	5 % de la BRSS pour les vignettes blanches 30 % de la BRSS pour les vignettes oranges Néant pour les vignettes bleues	
Transport	30 % de la BRSS	Néant	
Auxiliaires médicaux	35 % de la BRSS	5 % de la BRSS	300 % de la BRSS ⁽⁵⁾
Actes de spécialité (chirurgie et radiologie codifiées ADC, ATM et ADI) Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale	25 % de la BRSS	5 % de la BRSS	300 % de la BRSS ⁽⁵⁾
Biologie (analyses)	35 % de la BRSS	5 % de la BRSS	300 % de la BRSS ⁽⁵⁾
Soins dentaires	25 % de la BRSS	5 % de la BRSS	300 % de la BRSS ⁽⁵⁾
Actes de prévention - Détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectué en 2 séances maximum)	100 % du TM	100 % du TM	300 % de la BRSS ⁽⁵⁾
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiométrie tonale avec tympanométrie. Ce test permet de déterminer la gravité de la perte d'acuité auditive.	100 % du TM	100 % du TM	300 % de la BRSS ⁽⁵⁾

⁽¹⁾ avec un Reste à Charge minimum de 10 % des Frais Réels limité à 15 €.

⁽²⁾ % appliqué sur le PMSS 2008 de 2 773 €, l'indexation sur le PMSS au 1^{er} janvier de chaque année étant fonction des résultats du poste dentaire.

⁽³⁾ en aucun cas, le total du remboursement du contrat et de celui de la Sécurité sociale ne peut excéder 100 % de la base de remboursement SS.

⁽⁴⁾ hors parcours de soins, au calcul du reste à charge résultant de l'application du contrat, s'ajoute la non prise en charge des dépassements d'honoraires prévus par l'article L. 162-5, 18° du CSS (8 € minimum au 1^{er} janvier 2007).

⁽⁵⁾ avec un Reste à Charge minimum de 10 % des Dépassements d'Honoraires.

RSS = Remboursement Sécurité sociale / **BRSS** = Base de Remboursement Sécurité sociale / **FR** = Frais Réels / **PMSS** = Plafond Mensuel Sécurité Sociale / **TM** = Ticket Modérateur, soit Base de Remboursement Sécurité sociale - Remboursement de la Sécurité sociale / **Dépassement d'Honoraires** = Frais Réels - Base de Remboursement Sécurité sociale.

Les prestations sont dans tous les cas limitées aux frais réels (Rbt de la Sécurité sociale inclus) et les actes hors nomenclature ne sont pas pris en charge.

Le Contrat ne rembourse pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du CSS et est conforme aux dispositions des articles L. 871-1, R.871-1 et R. 871-2 du CSS.





■ Les personnes assurées

Préambule

Le terme «Conjoint» utilisé dans ce document, désigne tant le Conjoint que le Partenaire lié par un PACS et le Concubin notoire, en conformité avec l'article L 161.4 du Code de la Sécurité sociale.

Bénéficiaires

Outre le salarié, sont automatiquement bénéficiaires de la garantie, tant qu'ils remplissent les conditions requises, les **ayants droit** ci-après définis :

- **son Conjoint** à charge au sens de la Sécurité sociale,
- **ses enfants** et, s'ils vivent au foyer, ceux de son Conjoint :
 - à charge au sens de la Sécurité sociale, âgés de moins de 28 ans,
 - poursuivant des études secondaires ou supérieures entraînant l'affiliation au régime de Sécurité sociale des étudiants, sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de trois mois par année civile,
 - poursuivant des études à temps plein dans des établissements ne donnant pas droit à l'affiliation au régime de Sécurité sociale des étudiants, et bénéficiant du régime général Sécurité sociale dans le cadre du dispositif Couverture Maladie Universelle institué par la loi du 27 juillet 1999, et sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de trois mois par année civile,
 - stagiaires de la formation professionnelle n'ayant pas le statut de salarié, âgés de moins de 26 ans
 - âgés de moins de 26 ans, sous contrat d'apprentissage,
 - âgés de moins de 26 ans, percevant les allocations prévues par la loi du 30 juin 1975 sur les personnes handicapées,
 - par extension tout enfant fiscalement à charge.
- par extension, toute personne autre que prévue ci-dessus vivant depuis au moins un an au domicile de l'assuré, considérée comme à charge par la Sécurité sociale.



Cas particuliers

- **des «Conjoints» non à charge au sens de la Sécurité sociale,**
- **des «enfants de moins de 30 ans à la recherche d'un premier emploi» non à charge au sens de la Sécurité sociale.**

A la demande du salarié, les garanties du contrat peuvent leur être étendues, moyennant une cotisation supplémentaire, sans participation de l'employeur.

Vous trouverez le descriptif des formalités d'adhésion page 8 à 12.



■ Modalités d'adhésion - Cessation de l'assurance

Adhésion des salariés au Régime de Base Obligatoire

Votre adhésion au régime de base est enregistrée automatiquement à réception des informations communiquées par votre employeur.

Néanmoins, pour actualiser les données transmises vous devez compléter et adresser à Aon le **bulletin individuel d'information*** et y joindre :

- la copie de votre attestation Carte Vitale, ainsi que celle 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, si nécessaire, la situation des enfants devant être justifiée à chaque rentrée scolaire,
- tout justificatif permettant de vérifier la perception de l'allocation prévue par la loi du 30 juin 1975 pour les personnes handicapées, si nécessaire.

Pour procéder à l'inscription d'un enfant venant de naître, vous devez faire parvenir à Aon la copie de l'attestation Carte Vitale du parent auquel il est rattaché, au sens de la Sécurité sociale.

8

.....

Si vous êtes en situation de concubinage, ou de Pacte Civil de Solidarité (PACS), vous devez nous transmettre : un certificat de concubinage, ou une attestation sur l'honneur de vie maritale, ou une copie du Jugement PACS accompagné d'une attestation précisant que vous êtes dégagé, par ailleurs, de tout lien matrimonial, et d'un justificatif de domicile aux deux noms.

.....

Assurance du Conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale

Les garanties du contrat peuvent être étendues moyennant cotisation supplémentaire, à **votre Conjoint bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale.**

Quelles sont les formalités ?

Il suffit d'adresser à Aon, dûment complété, le bulletin individuel d'adhésion et d'y joindre :

- une autorisation de prélèvement (cf. annexe et Extranet dédié),
- un Relevé d'Identité Bancaire, de Caisse d'Epargne ou Postal,
- la copie de l'attestation Carte Vitale.



()annexé au présent livret et disponible sur le site Extranet*



Quels sont les délais pour adhérer ?

Le délai pour adhérer est de 2 mois suivant la date d'admission du salarié au régime de base. Les garanties prennent alors effet à cette date d'admission. En cas d'adhésion après expiration du délai de 2 mois, des délais d'attente s'appliqueront à compter de la date de la demande :

- 6 mois pour les prothèses dentaires et l'optique
- 10 mois pour la maternité
- 3 mois pour tous les autres actes

Cas particuliers

Changement de situation de famille (mariage, PACS, concubinage) :

En cas de changement de situation de famille, les garanties prennent effet à la date de l'évènement, sous réserve que la demande d'adhésion soit formulée dans les 2 mois qui suivent le dit évènement. A l'expiration de cette période, les délais d'attente détaillés ci-dessus s'appliqueront.

Conjoint à charge devenant Conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale :

Dans ce cas, l'adhésion prend effet à compter de la date à laquelle le Conjoint bénéficie de son propre numéro de Sécurité sociale, sous réserve d'avoir adressé à Aon la demande d'adhésion dans les 2 mois suivant l'évènement.

Adhésion en continuité d'une autre complémentaire :

Si la demande d'adhésion fait suite sans interruption à une garantie de même nature et qu'un certificat de radiation de la précédente «Mutuelle» est fourni, les garanties prennent effet à la date de la demande d'adhésion.

Qui prend en charge la cotisation ?

La cotisation est en totalité à la charge du salarié.

Quelle modalité de paiement ?

Le paiement s'effectuera par prélèvement bancaire, Caisse d'Épargne ou postal trimestriellement à terme échu le 5 du mois suivant l'échéance.

Quel en est le coût ?

Merci de bien vouloir vous reporter à l'annexe "tarifs"

Une demande d'exonération des cotisations pourra être effectuée pour les conjoints non à charge au sens de la Sécurité sociale dont le niveau de rémunération est inférieur ou égal au plafond de ressources déterminant l'accès à la protection complémentaire CMU-C (en juillet 2007 : 7 272 € /an soit 606 € / mois) et les conjoints en congé parental d'éducation :

- Pour les conjoints (concubins ou PACS) en congé parental d'éducation adhérent ou non à l'Option à la date du début du congé :

L'exonération prendra effet à compter de la date de début du congé parental à condition **d'avoir complété**, daté et signé l'imprimé **Demande d'exonération des cotisations (*)** et justifié de la situation en



(*)annexée au présent livret et disponible sur le site Extranet



joignant **le justificatif CAF et la lettre de l'employeur indiquant les dates de début et de fin de congé** ; cette formalité devra être remplie dans les deux mois qui suivent la date d'effet du congé ; passé ce délai, l'exonération sera accordée au premier jour du mois qui suit la demande. Les conjoints (ou concubins ou PACS) en congé parental d'éducation ne sont pas soumis à conditions de ressources.

L'exonération se poursuivra jusqu'à la fin du congé parental d'éducation y compris durant les périodes prorogées et justifiées par l'envoi à Aon de la copie de la lettre de l'employeur acceptant la prolongation.

• Pour les cas d'exonération basée sur le niveau de rémunération,

L'exonération est accordée dès lors que l'option du conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale a été souscrite (cf. modalités décrites en page 8 du livret) et a donné lieu au **paiement des cotisations pendant au moins 3 mois**, sur présentation :

- de l'imprimé Demande d'exonération des cotisations* complété daté et signé ;
- de votre tout dernier justificatif d'imposition (avis d'imposition ou déclaration d'impôts).

L'exonération prend ainsi effet au plus tôt le premier jour du 4^{ème} mois suivant la souscription de l'option du conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale.

L'exonération sera reconduite chaque année tant que les conditions sont remplies ; pour ce faire, vous devrez adresser à Aon votre déclaration d'impôts au cours du 1^{er} semestre et votre avis d'imposition au cours du 2^{ème} semestre.

10

Comment mon Conjoint non à charge peut-il demander la radiation volontaire de son adhésion ?

La radiation volontaire peut être demandée par lettre simple à Aon. Le préavis est de 2 mois et la radiation intervient en fin de mois, sauf dans les cas suivants :

- si le Conjoint se trouve dans l'obligation d'adhérer à un contrat collectif obligatoire, la date de radiation pourra être fixée en fonction de la date d'adhésion au régime obligatoire ;
- si le Conjoint devient à charge au sens de la Sécurité sociale, la radiation interviendra sans préavis, à la fin du mois de réception de la demande de radiation qui devra être accompagnée de l'attestation Carte Vitale du salarié mentionnant le Conjoint.



Toute radiation sera définitive, sauf dans le cas où celle-ci aurait été motivée par l'adhésion à un contrat obligatoire par l'un des deux cas décrits ci-dessus.

En tout état de cause, la radiation du salarié entraîne celle du Conjoint.

Quel est le sort de la cotisation en cas de radiation ?

En cas de radiation volontaire ou en cas de cessation automatique de la couverture optionnelle (séparation, ou passage à la situation de Conjoint à charge, adhésion du Conjoint non à charge à un régime obligatoire), la cotisation fait l'objet d'un prélèvement prorata temporis.

(*):annexée au présent livret et disponible sur le site Extranet



Assurance des enfants de moins de 30 ans à la recherche d'un premier emploi

Quelles sont les formalités ?

L'assuré adresse à Aon une lettre simple demandant l'extension, accompagnée :

- du justificatif de première inscription aux ASSEDIC,
- de l'autorisation de prélèvement,
- du Relevé d'Identité Bancaire, de Caisse d'Épargne ou Postal ;
- de la copie de l'attestation Carte Vitale.

L'affiliation prend effet dès le lendemain de la fin de la couverture accordée au titre de celle du salarié.

Quel en est le coût ?

Merci de bien vouloir vous reporter à l'annexe «Tarifs».

Qui prend en charge la cotisation ?

La cotisation est en totalité à la charge du salarié.

Quelle modalité de paiement ?

Le paiement s'effectuera par prélèvement bancaire, caisse d'épargne ou postal trimestriellement à terme échu le 5 du mois suivant l'échéance.

Comment demander la radiation volontaire de l'adhésion ?

La radiation volontaire, avant l'âge de 30 ans, doit être matérialisée par l'envoi d'un courrier simple à Aon, la cotisation étant calculée au prorata temporis. Le préavis est de 2 mois et la radiation intervient en fin de mois.

Toute demande de radiation présente un caractère irrévocable.

En tout état de cause, la radiation du salarié entraîne celle de ses ayants droit.



11

Suspension de l'assurance et des garanties

L'assurance est suspendue (Régime de Base Obligatoire – Option du Conjoint non à charge – Extension aux enfants de moins de 30 ans primo demandeurs d'emploi) lorsque le salarié est en situation de suspension de contrat de travail.

Le salarié est considéré en situation de suspension de contrat de travail dès lors qu'il ne perçoit pas de rémunération liée à son activité, ni d'indemnités journalières sur un mois civil complet. Si la suspension du contrat de travail est suffisamment courte pour ne pas inclure un mois civil complet, le contrat de travail est considéré comme n'étant pas suspendu, et les garanties sont maintenues.





Cessation de l'assurance et des garanties

L'assurance prend fin (Régime de Base Obligatoire – Option du Conjoint non à charge – Extension aux enfants de moins de 30 ans primo demandeurs d'emploi) au dernier jour du mois civil au cours duquel est intervenue :

- la mutation dans un établissement non concerné par le présent Régime ;
- la rupture du contrat de travail.

Calcul des cotisations en cas de suspension ou de cessation de l'assurance et des garanties

Pour le Régime de Base Obligatoire les cotisations sont calculées au prorata du nombre de jours de présence dans le dernier mois d'assurance, avec un minimum égal à la cotisation forfaitaire sur Tranche A pour un mois complet de présence.

Pour l'Option du Conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale, pour l'Extension aux enfants de moins de 30 ans primo demandeurs d'emploi, les cotisations sont calculées en fonction de la date de radiation retenue pour le Régime de Base Obligatoire.

■ Contrat "Maintien de couverture santé"

Conformément à l'Article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, l'Organisme assureur proposera un ou plusieurs contrats d'assurance complémentaire santé, offrant des garanties similaires à celles du présent livret.

A ces contrats d'assurance complémentaire santé, pourront adhérer à titre facultatif, sans condition de durée, et à leur charge exclusive :

- Les anciens salariés:
 - bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité
 - bénéficiaires d'une pension retraite
 - s'ils sont privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement
- Les ayants-droits garantis du chef de l'assuré décédé
- Les pré-retraités
- Le personnel dont le contrat de travail est suspendu au sens défini en page 11

Les intéressés devront en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la date de la perte du statut de bénéficiaire des garanties décrites dans le présent livret.

Si vous êtes concerné(e) et que vous souhaitez bénéficier d'une des offres de l'assureur, il vous suffit de contacter Aon.

Toute adhésion devra être formalisée par l'envoi :

- d'un bulletin d'adhésion qui vous sera communiqué par Aon sur demande
- du document de l'employeur justifiant de votre situation,
- du justificatif de première inscription aux ASSEDIC,
- d'une autorisation de prélèvement,
- d'un Relevé d'Identité Bancaire, de Caisse d'Épargne ou Postal.





■ Modalités de remboursements Frais de Santé

Pour être prises en compte, les demandes de remboursement en complément de la Sécurité sociale doivent parvenir au gestionnaire dans un délai de 2 ans à compter de la date des soins.

Le remboursement complémentaire peut intervenir suivant deux procédés différents :

- Soit par **télétransmission** entre votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et Aon.
- Soit, si vous n'avez pas accepté la télétransmission directe entre votre CPAM et Aon, en adressant à :

Aon - Service PSA PEUGEOT CITROËN
28, Allée de Bellevue - 16918 Angoulême Cedex 9

le **décompte original de la Sécurité sociale** (accompagné de justificatifs si nécessaire).

Chirurgie réfractive laser pour myopie et hypermétropie & implants dentaires Devis préalable impératif

Le devis établi par le praticien, devra être adressé à Aon, à l'adresse ci-dessus.

Ne pas oublier d'indiquer sur celui-ci le numéro de Sécurité sociale du salarié.

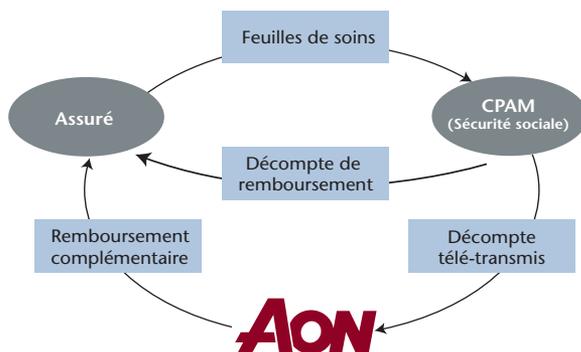
13

■ Traitement des demandes de remboursements par télétransmission (Procédure Noémie)

Fonctionnement

La télétransmission est un système de communication qui permet à Aon de recevoir directement de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie le reflet de vos décomptes de remboursement Sécurité sociale. Nos services déclenchent alors automatiquement le remboursement complémentaire correspondant.

Cette procédure permet de diminuer les délais de remboursement.



Vous recevez de la Sécurité sociale les décomptes avec la mention "transmis à votre organisme complémentaire". Il est donc inutile de nous envoyer ces décomptes.

En revanche, si votre décompte ne comporte pas cette mention, il devra nous être envoyé pour effectuer votre remboursement.

Attention : si pour procéder à notre remboursement, nous avons besoin d'une facture (optique, dentaire...), nous vous la réclamerons. Pour plus d'informations, reportez-vous à la page 16.



Quels sont les bénéficiaires de la télétransmission ?

- Vous-même et les membres de votre famille figurant sur votre attestation de carte vitale ;
- Votre conjoint disposant de **sa propre immatriculation au régime de la Sécurité sociale, ayant adhéré et cotisant au contrat frais médicaux «Option assurance du Conjoint non à charge»**.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de la télétransmission, vous devez faire connaître votre refus en utilisant la case à cocher figurant sur le bulletin d'information, annexé au présent livret, que vous devez compléter et adresser directement à Aon.

Quelles sont les situations n'ouvrant pas droit à la télétransmission ?

La télétransmission ne peut 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 rattachés au numéro Sécurité sociale du Conjoint non adhérent,
- pour les enfants bénéficiant du régime de la Sécurité sociale des étudiants,
- pour le personnel en Contrat à Durée Déterminée,
- pour les bénéficiaires dépendant d'un autre régime que le régime général (SNCF, RATP...).

14

Pour le bon fonctionnement de ce service, il est indispensable que vous nous informiez de toute modification concernant votre situation de famille (nom, adresse, naissance...). En cas de déménagement dans un département différent, il est indispensable de nous faire parvenir la copie de votre nouvelle attestation Carte Vitale. En cas de naissance d'un enfant, il est indispensable d'adresser la copie de l'attestation Carte Vitale du parent auquel il est rattaché.

Les informations que vous nous communiquez feront l'objet d'un traitement informatique par Aon Conseil & Courtage à des fins pré-contractuelles et contractuelles et nous pouvons être amenés à les transmettre à l'un de nos partenaires dans le cadre de ce traitement. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée vous avez un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations vous concernant, enregistrées sur fichier informatique, auprès d'Aon Conseil & Courtage.





■ Traitement des demandes de remboursement hors télétransmission

Si vous n'avez pas choisi la télétransmission ou si votre décompte Sécurité sociale ne comporte pas de message caractéristique de la télétransmission, vous devez alors adresser vos demandes de remboursement à l'adresse ci-dessous, en précisant le numéro de Sécurité sociale du salarié ou en joignant le coupon à détacher d'un décompte Aon :

Aon Assurances de Personnes
Service PSA PEUGEOT CITROEN
28 allée de Bellevue – 16918 Angoulême Cedex 9

N° Indigo 0 820 224 222

0,09 € TTC / MN

■ Paiement des prestations

15

Paiement par virement

Le virement est effectué au profit d'un seul compte, qu'il s'agisse du salarié ou d'un des bénéficiaires ayants droit. Il s'agit du compte sur lequel est versé votre salaire, sauf dans le cas où vous nous aurez communiqué les références d'un compte différent.

En cas de modification de vos coordonnées bancaires, il convient de nous adresser, dans les meilleurs délais, un Relevé d'Identité Bancaire, Caisse d'Épargne ou Postal.



Paiement par chèque

En l'absence de coordonnées bancaires, le paiement sera effectué par chèque. Le paiement est déclenché à l'issue d'un délai de 45 jours si le montant du remboursement est inférieur à 8 € (sauf dans le cas où des pièces complémentaires sont nécessaires). Si ce montant est atteint dans l'intervalle, le règlement est débloqué immédiatement.

Relevés d'opérations

Les relevés sont envoyés au domicile selon une périodicité mensuelle.

Ils sont consultables à tout moment sur le site Aon : <http://www.adp.aon.fr>

Des relevés d'opérations intermédiaires pourront vous être adressés dans le cas où des pièces complémentaires seront nécessaires.



■ Justificatifs à produire

Pour certains actes, des informations complémentaires nous sont nécessaires :

- **Ostéopathie** : la feuille de soins ou la note d'honoraires délivrée par le praticien membre du Conseil de l'Ordre des médecins, dûment acquittée et comportant son cachet et la mention de la spécialité d'ostéopathe.
- **Actes de kinésithérapie** : si les frais réels sont supérieurs à la base de remboursement de la Sécurité sociale, vous devez fournir la photocopie de la feuille de soins 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.
- **Hospitalisation médicale ou 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** détaillée de l'hôpital ou de la clinique (bordereau AMC destiné à l'organisme).
- **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 le numéro et le prix des verres ainsi que le prix de la monture.
 - En cas de bris des verres ou de la monture : facture sur laquelle l'opticien aura indiqué la mention verres et/ou monture cassés,
 - En cas de modification optique d'au moins 0,25 dioptrie : courrier du praticien justifiant du changement de la correction, accompagné de la copie de l'ordonnance.
 - Lentilles** :
 - lentilles cornéennes acceptées par la Sécurité sociale : une facture détaillée ;
 - lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale : une facture détaillée et prescription sur laquelle figure la mention «hors LPP» ;
 - lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale et jetables : une facture détaillée et prescription de moins de 48 mois sur laquelle figure la mention «hors LPP».
 - Chirurgie réfractive laser pour myopie et hypermétropie** : un **devis préalable** à soumettre impérativement avant tout traitement.





- **Soins et prothèses dentaires** : vos notes d'honoraires ou factures détaillées par acte. Pour les implants dentaires : **un devis préalable** à soumettre impérativement avant tout traitement.
- **Appareillage** : les factures permettant d'apprécier les frais engagés.
- **Actes de laboratoire, radiologie** : les reçus originaux correspondant au ticket modérateur pourront vous être demandés, dans quelques cas particuliers.
- **Frais de maternité** : justificatifs des dépenses engagées pour les actes pris en charge (césarienne, péridurale, frais de chambre particulière).
- **Cure thermique** : le volet de remboursement établi par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie, les factures ainsi que l'attestation de présence de l'établissement thermal.
- **Actes de prévention** : justificatif du praticien qui précise la nature et la codification de l'acte effectué, ainsi que le montant acquitté.
- **sevrage tabagique** : prescription médicale et facture correspondante.

.....

Attention : selon que vous bénéficiez de la télétransmission ou pas, nous procéderons de la manière suivante :

Vous bénéficiez de la télétransmission :

- si le justificatif nous parvient avant le décompte télétransmis, nous en tiendrons compte au moment du règlement,
- si le justificatif nous parvient après le décompte télétransmis, nous ferons un règlement complémentaire.

Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission :

- Vous devez joindre au décompte original de la Sécurité sociale le justificatif que vous aura remis le praticien.
-



Si vous bénéficiez de la télétransmission, ces justificatifs vous seront réclamés, si nécessaire, à réception de l'information du règlement Sécurité sociale, sous forme de décompte à blanc.

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



■ Prise en charge hospitalière

Prise en charge hospitalière de plus de 24 heures

La prise en charge hospitalière permet d'éviter l'avance des frais pour les hospitalisations médicales ou chirurgicales de plus de 24 heures dans les cliniques conventionnées par la Sécurité sociale ou dans les hôpitaux publics.

Prise en charge hospitalière de moins de 24 heures

La prise en charge hospitalière de moins de 24 heures, dite **“en ambulatoire”** permet au patient d'être soigné dans la journée et de rentrer chez lui le soir même de l'intervention, sans être hospitalisé.

Pour que nous puissions établir la prise en charge hospitalière ambulatoire, il conviendra de s'assurer que :

- les soins dispensés sont pris en charge à 80 % par la Sécurité sociale ;
- une prise en charge auprès de la Sécurité sociale est établie par l'Etablissement Hospitalier.

Comment effectuer votre demande de prise en charge hospitalière ?

Vous pouvez effectuer votre demande par :

- **Courrier :** **Aon Assurances de Personnes**
Service PSA PEUGEOT CITROEN
28, allée de Bellevue
16918 Angoulême Cedex 9
- **Téléphone :**  **N° Indigo 0 820 224 222**
0,09 € TTC / MN
- **Télécopie :** 05 45 38 30 82
- ou le site **Extranet** dédié www.adp.aon.fr

.....

Pour que nous puissions établir une prise en charge, il convient de nous indiquer :

- le nom et l'adresse complète de l'établissement hospitalier,
 - le numéro de fax du service des admissions,
 - le service où a lieu l'hospitalisation,
 - le prénom, le nom, le numéro de Sécurité sociale du salarié et le nom de l'employeur du salarié,
 - le prénom, le nom et la date de naissance de la personne hospitalisée, ainsi que sa qualité (salarié, conjoint, enfant),
 - la date d'entrée dans l'établissement hospitalier et éventuellement la date de sortie,
 - la nature de l'hospitalisation (médicale, chirurgicale ou **ambulatoire**).
-



■ Les services associés à votre contrat

Serveur Vocal Interactif

Ce service vous permet de consulter le détail de **vos derniers remboursements de soins**, ainsi que ceux de vos bénéficiaires, la situation de vos affiliations Santé et d'obtenir des informations pratiques sur les demandes de prise en charge hospitalière et les devis de prothèses dentaires.

Pour accéder à ces renseignements, il vous suffit de saisir le **numéro d'adhérent** qui figure sur votre décompte.

Notre serveur est accessible 7j/7 au **N° Indigo 0 820 222 820**

0,09 € TTC / MN

Extranet dédié

Nous mettons à votre disposition un site «Extranet». Ce service vous permet de consulter **en temps réel**, de façon **personnalisée et sécurisée** vos décomptes de remboursements de soins, ainsi que les **garanties liées à votre contrat**.



Il vous permet également d'effectuer des demandes de **prise en charge hospitalière** dans les établissements conventionnés, de consulter la **liste des bénéficiaires** rattachés au contrat, mais aussi de nous poser toute question par email sur vos garanties, vos prestations en cours, vos remarques sur notre Extranet...

Vous pouvez vous connecter soit depuis l'Intranet de votre entreprise, soit depuis chez vous à l'adresse suivante :

<http://www.adp.aon.fr>

Avant de vous connecter pensez à vous munir des deux éléments nécessaires pour vous connecter : votre numéro d'assuré (qui figure sur vos décomptes de soins) et votre mot de passe (il vous a été communiqué par courrier lors de votre inscription).





Plate forme Aon Santé

En contactant notre plate forme, vous avez accès à un réseau de professionnels de santé qui répond à vos questions sur les sujets suivants :

L'information médico-sociale

La santé et la prévention	Vaccins, prévention bucco-dentaire, allergies, dépistages
La santé et le mode de vie	Tabac, drogue, alcool, pollution, alimentation, sports, etc.
La santé et la nutrition	Diététique, régimes, obésité, comportement alimentaire, etc.
La santé et les adresses utiles	Associations de patients, centres de désintoxication, de dépistage, anti-poison, anti-tabac, etc.
La santé et les techniques nouvelles	Soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, médecines douces, traitements de la stérilité, transplantations, chirurgie esthétique, etc.
La santé et les examens paramédicaux	Nature et préparation des divers examens et analyses, radiologie, biologie, scanners, IRM, échographie, etc.
La Santé et les démarches administratives	Aide au maintien à domicile des personnes âgées, prise en charge de la dépendance, aides financières en cas d'hospitalisation, protection sociale, etc.

20

L'accès aux réseaux de professionnels de santé

Des accords de partenariat avec des professionnels de santé qui s'engagent à proposer les prestations les plus adaptées, au meilleur prix.

Les partenaires proposent en priorité des prestations correspondant aux besoins : prothèses dentaire, verres.

Ces prestations sont proposées à des tarifs préférentiels.

Quel que soit le chirurgien dentistes ou l'opticien, nous pouvons analyser les devis.

Le réseau optique

1396 opticiens partenaires, dont les principaux : KRYSS, VISION PLUS LISSAC, GENERALE D'OPTIQUE, VISUEL, ATOLL

Vous pouvez contacter nos conseillers du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi de 9h à 17h au :

 **N°Azur 0 810 66 77 88**

PRIX D'APPEL LOCAL



Complémentaire Santé Contrat Prestations Améliorées



■ Modalités d'adhésion - Paiement des cotisations

Qui peut en bénéficier ?

Seuls les **adhérents au régime de base** peuvent souscrire au Contrat Prestations Améliorées détaillé ci-après. La souscription au Contrat Prestations Améliorées entraîne de fait la couverture par ce contrat de l'ensemble des bénéficiaires du régime de base, tant à titre obligatoire qu'à titre facultatif (Assurance du Conjoint non à charge et/ou de l'enfant de moins de 30 ans à la recherche d'un premier emploi).

Qui prend en charge la cotisation ?

La cotisation est entièrement à la charge du salarié.

Quelles sont les conditions d'admission ?

L'adhésion est faite pour une période de 3 ans commençant le 1^{er} janvier 2007 et se terminant le 31 décembre 2009. Elle se renouvelle ensuite par périodes successives de trois ans.

L'adhésion au contrat doit être effectuée dans les deux mois suivant l'admission du salarié au régime de base.

Comment adhérer ?

Si vous souhaitez souscrire au contrat, vous devrez en informer Aon dans les délais prévus en adressant l'imprimé d'adhésion complété, accompagné de l'autorisation de prélèvement et du Relevé d'Identité Bancaire, Caisse d'Épargne ou Postal.

L'imprimé d'adhésion et l'autorisation de prélèvement sont joints en annexe, et accessibles sur l'Extranet dédié.

Quels sont les tarifs ?

Les tarifs figurent en annexe.

Comment s'effectuera le paiement des cotisations ?

Il s'effectuera par prélèvement bancaire, Caisse d'Épargne ou postal trimestriellement à terme échu le 5 du mois suivant l'échéance.

Comment s'effectuera le paiement des prestations ?

Le remboursement complémentaire éventuel s'effectuera simultanément au remboursement du Régime de Base Obligatoire.

Comment formaliser la demande de radiation volontaire ?

Après les 12 premiers mois d'assurance, l'adhésion peut être résiliée à tout moment. Dans ce cas, l'adhésion au contrat est fermée pour la partie des 3 ans restant à courir majorée d'une autre durée de 3 ans.

La radiation volontaire est demandée par lettre simple à Aon, avec un préavis de 2 mois.

La radiation intervient en fin de mois et la cotisation fait l'objet d'un prélèvement prorata temporis.

En tout état de cause, la radiation de l'assuré du Régime de Base Obligatoire entraîne, pour lui-même et les membres de sa famille, la cessation de garanties du Contrat Prestations Améliorées.





■ Détail des garanties du régime Prestations améliorées

Frais couverts	Prestations complémentaires à la Sécurité sociale y compris le Régime de Base Obligatoire
Hospitalisation (Etablissements conventionnés) Frais de séjour, chambre particulière, lit d'accompagnant, honoraires	100 % FR- RSS
Hospitalisation (Etablissements non conventionnés) Frais de séjour, chambre particulière, lit d'accompagnant, honoraires	400 % de la BRSS
Forfait Hospitalier	100 % FR
Maternité (Etablissements conventionnés) Frais de séjour	100 % FR- RSS
Maternité (Etablissements non conventionnés) Frais de séjour	400 % de la BRSS
Maternité - Honoraires de chirurgien (césarienne)	400 % de la BRSS ⁽⁵⁾
Maternité - Chambre Particulière dans la limite de 4 jours maximum	3,5 % du PMSS/jour
Maternité - Honoraires Péridurale	100 % de la BRSS
Dentaire	
Prothèse dentaire acceptée ou non prise en charge par la Sécurité sociale - Sup Inter Bridge (SPR50-SS)	400 % de la BRSS ⁽¹⁾
Orthodontie acceptée ou non prise en charge par la Sécurité sociale (jusqu'à 18 ans)	400 % de la BRSS ⁽¹⁾
Implants - Phase chirurgicale ⁽⁷⁾	33 % du PMSS ⁽¹⁾
Implants - Pose définitive du pilier + couronne sur implant ⁽²⁾	16,5 % du PMSS ⁽¹⁾
Orthopédie , appareillage	400 % de la BRSS
Appareil auditif	600 % de la BRSS
Ostéopathie (actes pratiqués par un praticien inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins)	1 % du PMSS par consultation avec un Reste à Charge minimum de 10 % des FR limité à 15 € par consultation (dans la limite de 15 consultations par an)
Optique	
- Paire de lunettes adulte et enfant de plus de 18 ans dans la limite de 1 paire tous les 2 ans par bénéficiaire (*)	26 % du PMSS ^{(1) (6)}
- Paire de lunettes enfant de moins de 18 ans	26 % du PMSS ⁽¹⁾
Lentilles acceptées ou non prises en charge par la Sécurité sociale (par paire)	26 % du PMSS ⁽¹⁾
Lentilles jetables (par an et par bénéficiaire)	
Chirurgie réfractive laser pour myopie et hypermétropie (par œil)	26 % du PMSS ⁽¹⁾
Cure Thermale acceptée ou refusée par la Sécurité sociale	17 % du PMSS
Sevrage tabagique (**)	100 € / an / Bénéficiaire

⁽⁶⁾ La paire de lunettes pourra être remplacée sans attendre le délai des 2 ans calendaires en cas de bris de verre ou de monture et/ou de modification de la correction optique d'au moins 0,25 dioptrie dûment justifiée par le praticien.

⁽⁷⁾ Sur présentation de la prescription médicale et de la facture correspondante.



Frais couverts	Prestations complémentaires à la Sécurité sociale		
	Sur la fraction des frais égale à la BRSS ⁽³⁾ Régime Général	Sur la fraction des frais égale à la BRSS ⁽³⁾ Régime Alsace Moselle	Sur la fraction des dépassements d'honoraires Régime Général et Alsace Moselle
Médecins généralistes et spécialistes Consultations / Visites ⁽⁴⁾	30 % de la BRSS	10 % de la BRSS	400 % de la BRSS ⁽⁵⁾
Pharmacie	30 % de la BRSS	5 % de la BRSS pour les vignettes blanches 30 % de la BRSS pour les vignettes oranges Néant pour les vignettes bleues	
Transport	30 % de la BRSS	Néant	
Auxiliaires médicaux	35 % de la BRSS	5 % de la BRSS	400 % de la BRSS ⁽⁵⁾
Actes de spécialité (chirurgie et radiologie codifiées ADC, ATM et ADI) Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale	25 % de la BRSS	5 % de la BRSS	400 % de la BRSS ⁽⁵⁾
Biologie (analyses)	35 % de la BRSS	5 % de la BRSS	400 % de la BRSS ⁽⁵⁾
Soins dentaires	25 % de la BRSS	5 % de la BRSS	400 % de la BRSS ⁽⁵⁾
Actes de prévention			
- Détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectué en 2 séances maximum)	100 % du TM	100 % du TM	400 % de la BRSS ⁽⁵⁾
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiométrie tonale avec tympanométrie. Ce test permet de déterminer la gravité de la perte d'acuité auditive.	100 % du TM	100 % du TM	400 % de la BRSS ⁽⁵⁾

⁽¹⁾ avec un Reste à Charge minimum de 10 % des Frais Réels limité à 15 €.

⁽²⁾ % appliqué sur le PMSS 2008 de 2 773 €, l'indexation sur le PMSS au 1^{er} janvier de chaque année étant fonction des résultats du poste dentaire.

⁽³⁾ en aucun cas, le total du remboursement du contrat et de celui de la Sécurité sociale ne peut excéder 100 % de la base de remboursement SS.

⁽⁴⁾ hors parcours de soins, au calcul du reste à charge résultant de l'application du contrat, s'ajoute la non prise en charge des dépassements d'honoraires prévus par l'article L. 162-5, 18° du CSS (8 € minimum au 1^{er} janvier 2007).

⁽⁵⁾ avec un Reste à Charge minimum de 10 % des Dépassements d'Honoraires.

⁽⁶⁾ si le calcul de la prestation au titre du Régime de Base Obligatoire est plus favorable que celui du Régime Prestations Améliorées, le calcul de la prestation du Régime de Base Obligatoire prévaudra.

RSS = Remboursement Sécurité sociale / **BRSS** = Base de Remboursement Sécurité sociale / **FR** = Frais Réels / **PMSS** = Plafond Mensuel Sécurité Sociale
TM = Ticket Modérateur, soit Base de Remboursement Sécurité sociale - Remboursement de la Sécurité sociale
 Dépassement d'Honoraires = Frais Réels - Base de Remboursement Sécurité sociale.

Les prestations sont dans tous les cas limitées aux frais réels (Rbt de la Sécurité sociale inclus) et les actes hors nomenclature ne sont pas pris en charge.

Le Contrat ne rembourse pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et III de l'article L. 322-2 du CSS et est conforme aux dispositions des articles L. 871-1, R.871-1 et R. 871-2 du CSS.

NB : Les remboursements du régime de base sont à déduire des prestations du contrat Prestations Améliorées.





Annexes

Les tarifs, autorisation de prélèvement,
et documents d'adhésion sont insérés ci-contre.

Aon
Assurances de Personnes
Service PSA PEUGEOT CITROËN
28 allée de Bellevue
16918 Angoulême Cedex 9
www.aon.fr

Médéric

21 rue Laffitte - 75009 Paris - RCS PARIS 43503123200018



Aon Conseil & Courtage

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 4 141 334 euros - 414 572 248 RCS Nanterre - Siège social : 45, rue Kléber - 92697 Levallois-Perret Cedex

Tél. : 33 (0)1 58 75 75 75 - Fax : 33 (0)1 58 75 77 77 - www.aon.fr - N° de TVA intracommunautaire : FR 22 414 572 248

GARANTIE FINANCIÈRE ET ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE CONFORMES AUX ARTICLES L512-7 ET L512-6 DU CODE DES ASSURANCES

AON