



Frais de Santé

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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.

Les contacts utiles

- Vous souhaitez contacter un conseiller Aon pour un renseignement ou une demande de prise en charge hospitalière ?

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

N° Indigo 0 820 222 122

0,09 € TTC / MN

- Vous désirez consulter 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

- Nous avons mis à votre disposition un accès Extranet vous permettant de consulter en temps réel vos derniers remboursements de soins, d'effectuer des demandes de prise en charge hospitalière, mais aussi de nous poser toutes vos questions en ligne.

Pour plus d'information, connectez-vous sur notre site, à l'adresse suivante :

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

- Vous souhaitez nous écrire ? Une seule adresse :

Aon Conseil et Courtage

Service ALTRAN

28 Allée de Bellevue - 16918 Angoulême Cedex 9

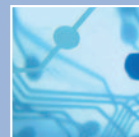
N° Fax : 05 45 38 30 82

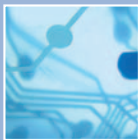
- Vous désirez réaliser un devis optique ou dentaire ? Vous souhaitez connaître les coordonnées d'un opticien ou d'un dentiste partenaire ?

Contactez un conseiller Santéclair au :

N°Azur 0 810 100 524

PRIX D'APPEL LOCAL





Modalités liées à votre contrat

Votre contrat découle de deux accords, signés en mars et en décembre 2006.

Il se présente sous la forme d'un régime de base, obligatoire, dont la cotisation est partagée en l'employeur et le salarié, et d'un régime facultatif, à la charge du salarié.

Assuré et bénéficiaires de la complémentaire santé

■ Assuré

Tous les membres du personnel Cadre et Non Cadre, âgés de moins de 65 ans à la date d'entrée dans l'assurance :

- sous contrat de travail,
- affiliés au régime général de la Sécurité sociale française.

■ Bénéficiaires

- Le conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale.
- Le concubin à charge au sens de la Sécurité sociale ou, sous réserve d'une attestation de vie commune, le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale.
- Les enfants de l'assuré, et s'ils vivent au foyer, ceux de son conjoint ou concubin :
 - à charge au sens de la Sécurité sociale,
 - âgés de moins de 28 ans, poursuivant des études secondaires ou supérieures entraînant ou non l'affiliation au régime de Sécurité sociale des étudiants, sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérées pendant plus de 3 mois,
 - âgés de moins de 26 ans sous contrat d'apprentissage,
 - âgés de moins de 26 ans inscrits à l'Agence Nationale Pour l'Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
 - âgés de moins de 26 ans, percevant les allocations prévues par la Loi du 30 juin 1975 sur les personnes handicapées.
- Les ascendants de l'assuré ou ceux de son conjoint ou concubin à charge au sens de la Sécurité sociale.

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 ?

■ Par Télétransmission

Pour simplifier et 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.

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 bénéficiant du régime de la Sécurité sociale des étudiants,
- pour le personnel en CDD.

■ Envoi des demandes de remboursement «papier»

Lorsqu'un dossier ne peut pas être traité par télétransmission, ou que vous ne bénéficiez pas de télétransmission, le décompte original de la Sécurité sociale devra être adressé à :

Aon Conseil et Courtage
Service Remboursements ALTRAN
28 Allée de Bellevue - 16918 Angoulême Cedex 9

Dans certains cas des pièces complémentaires nous sont nécessaires pour effectuer votre remboursement.

Voir paragraphe "remboursements spécifiques".

Remarque

Votre décompte de Sécurité sociale peut se présenter sous deux formes :

- un décompte comportant un message précisant qu'Aon est directement avisé par la CPAM des prestations remboursées : dans ce cas, vous n'avez pas à nous envoyer votre décompte Sécurité sociale.
- un décompte ne comportant pas de message : dans ce cas, vous devrez adresser à Aon votre décompte original.

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 du Groupe Altran (démission, licenciement, ...), vous devez remettre l'attestation à votre service du personnel qui la retournera à Aon, et en informer votre pharmacien, biologiste et/ou radiologue.

Mode de règlement de vos prestations

■ Paiement par virement

Tout virement est effectué systématiquement quel que soit le montant avec édition d'un décompte de prestations mensuel, sauf dans le cas où des pièces complémentaires sont nécessaires.

■ Paiement 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.

Tiers payant SP Santé élargi

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

Depuis le 1^{er} janvier 2007, vous bénéficiez également du tiers payant sur les **soins externes**.

Pour bénéficier de ce service, vous devez simplement présenter à votre pharmacien, biologiste et/ou radiologue votre attestation de tiers payant, qui vous sera remise par votre service du personnel ou adressée à votre domicile, ainsi que votre **Carte Vitale**.

Il est à noter que le tiers payant ne peut être proposé pour les CDD et les stagiaires.

Fonctionnement de la carte de tiers payant

■ En cas d'utilisation des cartes tiers payant SP Santé et Vitale

Vous n'avancez aucun frais, vous ne payez rien (hormis les produits non remboursables, les actes hors nomenclature et les dépassements).

Vous n'avez aucune démarche à faire, le traitement est automatique entre le praticien, la Sécurité sociale et Aon.

■ En cas de non utilisation des cartes Vitale et tiers payant SP Santé

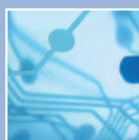
Vous n'utilisez aucune carte et payez donc la totalité des frais réels.

Aon rembourse sans demander de justificatif (sauf pour l'optique et le dentaire) car votre décompte Sécurité sociale indique que vous avez payé la totalité des frais.

■ En cas d'utilisation du tiers payant Sécurité sociale (carte Vitale) uniquement

Vous réglez la partie mutuelle Aon (ticket modérateur*), voire les dépassements et les actes Hors Nomenclature. Vous informez Aon que vous avez payé le ticket modérateur pour obtenir votre remboursement.

** Ticket Modérateur : fraction des dépenses laissées à la charge de l'assuré correspondant à la différence entre la base de remboursement et le remboursement de la Sécurité sociale.*



Remboursements spécifiques

Dans certains cas des pièces complémentaires sont nécessaires pour effectuer votre remboursement.

Soins nécessitant l'envoi de pièces justificatives	Pièces justificatives (originaux)
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
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 destiné à l'organisme).
Dépassements d'honoraires	Il peut vous être demandé de justifier votre dépense par l'envoi d'une facture.
Optique (uniquement si vous êtes hors du réseau Santéclair)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Verres et montures</u> : 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. • <u>Lentilles</u> : <ul style="list-style-type: none"> - pour les lentilles cornéennes acceptées par la Sécurité sociale : une facture détaillée, - pour les 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 (uniquement si vous êtes hors du réseau Santéclair)	Vos notes d'honoraires ou factures détaillées par acte.
Appareillage	Les factures permettant d'apprécier les frais engagés.
Frais Maternité	Un extrait d'acte de naissance de l'enfant.
Cure thermale	Le volet de remboursement établi par votre CPAM, les factures ainsi que l'attestation de présence de l'établissement thermal.

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

Exclusions

■ Participation forfaitaire (actuellement de 1 €)

Elle s'applique à tout assuré ou bénéficiaire de plus de 18 ans (hors CMU et AME) et concerne les actes de Biologie/Radiologie ainsi que les consultations et les visites des médecins spécialisés et généralistes. 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.

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

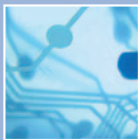
Définition des prestations	Régime de base	Régime Optionnel, facultatif * (y compris régime de base)
	(en complément de la Sécurité sociale)	(en complément de la Sécurité sociale)
Montant des prestations		
HOSPITALISATION		
Hospitalisation Médicale ou chirurgicale	Secteur Conventiionné : 300 % BR - RSS	Secteur Conventiionné : 400 % BR - RSS
	Secteur Non Conventiionné : 90 % FR - RSS.limités à 300% BR	Secteur Non Conventiionné : 90 % FR - RSS.limités à 400% BR
Forfait hospitalier	100 %	100 %
Chambre particulière	2,5 % PMSS/jour	2,5 % PMSS/jour
Lit accompagnement enfant - 12 ans	2 % PMSS/jour	2 % PMSS/jour
PHARMACIE		
Remboursée par la Sécurité sociale	100% BR-RSS	100% BR-RSS
FRAIS MEDICAUX COURANTS		
Consultations et Visites Généralistes	130 % BR	230 % BR
Consultations et Visites Spécialistes	205 % BR	305 % BR
Consultations et Visites Professeurs	330 % BR	330 % BR
Actes de spécialité	320 % BR	320 % BR
Auxiliaires médicaux	190 % BR	190 % BR
Analyses, travaux de laboratoire	140 % BR	140 % BR
Electroradiologie et radiothérapie	150 % BR - RSS	150 % BR - RSS
Transport sanitaire	100 % BR - RSS	100 % BR - RSS
Vaccins non pris en charge par la SS	100 % FR	100 % FR
Ostéodensitométrie (+ 44 ans - 60 ans)	75 €	75 €
Osthéopathes et chiropracteurs	35 € par consultation. Max. 5 consultations par an et par bénéficiaire, sur l'ensemble du poste	35 € par consultation. Max. 10 consultations par an et par bénéficiaire, sur l'ensemble du poste
PROTHESES MEDICALES - AUDITIVES		
Médicale	400 % TC	400 % TC
Auditive	400 % TC	400 % TC
OPTIQUE		
Verres	Voir garanties Santéclair	Voir garanties Santéclair
Monture Enfant	60 € tous les ans	60 € tous les ans
Monture Adulte	110 € tous les 2 ans	190 € tous les 2 ans
Lentilles (1)	200 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive (2)	725 € pour les deux yeux	725 € pour les deux yeux
DENTAIRE		
Soins dentaires		
Prothèses dentaires		
Orthodontie acceptée	Voir garanties Santéclair "pack 3"	Voir garanties Santéclair "pack 4"
Implant dentaire		
Orthodontie refusée		
MATERNITÉ		
Maternité	inclus dans les frais médicaux courants + chambre particulière 5 jours maximum	inclus dans les frais médicaux courants + chambre particulière 5 jours maximum
FORFAIT CURE THERMALE		
Cure thermale (maximum 18 jours)	30 % PMSS	30 % PMSS
ACTES DE PREVENTION		
Détartrage complet sus et sous-gingival (effectué en 2 séances maximum)	Ticket Modérateur	Ticket Modérateur
Dépistage de l'hépatite B	Ticket Modérateur	Ticket Modérateur

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale : 2682 € au 1^{er} janvier 2007 • BR : Base de Remboursement = tarif fixé par une 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. Equivalant au TC : Tarif de Convention • FR : Frais réels = montant des frais réellement engagés (honoraires versés aux praticiens, factures, ...) • RSS : Remboursement de la Sécurité sociale

* les garanties du régime optionnel facultatif ne sont pas cumulables avec celles du régime de base

(1) forfait annuel pour les lentilles, acceptées ou non, les jetables et les produits d'entretien

(2) pour les myopies stabilisées de -1 à -8 dioptries, chez les adultes de 25 à 40 ans / après accord préalable de Santéclair



Santclair : vos garanties optiques et dentaires

Vos dépenses optiques et dentaires sont-elles adaptées à vos besoins ? Etes-vous certain(e) de payer le juste prix ?

Pour vous aider à répondre à ces questions, notre partenaire Santclair met à votre disposition son réseau de professionnels de santé (opticiens, chirurgiens-dentistes, orthodontistes, stomatologues...), qui vous propose des prestations de qualité au meilleur prix en votre faveur.

Ce service est disponible avec le régime de base comme avec le régime facultatif. Deux situations s'offrent à vous.

Vous vous adressez au réseau de partenaires Santclair

0 € de frais restant à votre charge en optique et en dentaire... c'est très simple.

- 1 Vous appelez Santclair pour connaître les adresses des praticiens partenaires les plus proches de votre domicile ou de votre lieu de travail. Un seul numéro : **N°Azur 0 810 100 524**
PRIX D'APPEL LOCAL

Ouvert du lundi au vendredi de 9h00 à 19h30 et le samedi de 9h00 à 17h00.

Courant 2007, vous aurez également la possibilité de connaître les adresses des praticiens via le site Extranet d'Aon (www.adp.aon.fr)

- 2 Vous vous rendez chez le partenaire Santclair de votre choix et vous lui présentez votre carte de tiers payant et le présent document, qui détaille, pour chaque régime, les garanties prévues en optique et en dentaire.

Pour rappel, le tiers payant n'est pas proposé pour les soins dentaires. Il fonctionne uniquement sur le poste optique, les prothèses dentaires et le traitement de l'orthodontie.

- 3 Vous validez avec le partenaire Santclair la solution la plus adaptée à vos besoins, correspondant à la prestation dont vous bénéficiez, et qui vous permet d'avoir 0 € de frais restant à votre charge*.

- 4 Vous ne payez pas la part complémentaire. Vous avancez uniquement la part Sécurité sociale qui vous sera ensuite remboursée par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Si vous avez bien suivi toutes ces consignes et respecté votre niveau de garantie, vous n'aurez aucun restant à charge !

*sauf cas particulier faisant l'objet d'un accord préalable de l'assuré

Si vous choisissez des garanties supérieures, vous ne bénéficierez du tiers payant que sur les prestations prévues au contrat et réglerez le supplément non couvert. **Exemple :** vous choisissez un verre aminci, alors que vous n'avez qu'une petite myopie (classe 101). Vous payerez donc un supplément.

Vous consultez un praticien qui n'appartient pas au réseau Santclair

Vous souhaitez continuer à consulter votre chirurgien-dentiste ou l'opticien proche de chez vous, mais celui-ci n'appartient pas au réseau Santclair.

Dans ce cas, vous ne bénéficiez pas du tiers payant et le niveau de votre remboursement est celui figurant dans la colonne «Hors Réseau» (voir tableaux de garanties Optiques et Dentaires ci-après, colonne «bleue»).

Santclair vous propose néanmoins d'analyser vos devis optiques et/ou dentaires si vous souhaitez vérifier le prix qui vous est demandé.

Sur simple demande, les spécialistes Santclair réalisent l'analyse du devis renseigné par le praticien que vous avez choisi. Ils vous donnent leur avis objectif sous 72 heures.

Vos contacts Santclair

Pour demander l'analyse de vos devis, ou pour connaître les adresses des praticiens affiliés au réseau Santclair les plus proches de chez vous, un seul numéro : **N°Azur 0 810 100 524**
PRIX D'APPEL LOCAL

Santclair 78 boulevard de la République
92514 Boulogne Billancourt Cedex
Fax : 01 49 10 18 36

Comment se présente votre carte Santclair ?

- Conservez précieusement votre carte personnelle.
- Cette carte constitue votre laissez-passer pour bénéficier des services offerts par Santclair.

Communiquez votre numéro de contrat pour être identifié à Santclair.

SP Santé		ATTESTATION DE TIERS PAYANT				Période de garantie : 01/02/2005 au 31/12/2005	
N° AMC : 0041182 N° d'adhésion : 833095 Débiteur ASEP : *****		Assuré : DUPONT ARNAUD N° INSEE : 1 76 07 15 525 888 53 Code G R : 01 01 Complément G R :		N° contrat : 833095			
Bénéficiaire(s) du tiers payant		Dépenses de santé couvertes par le tiers payant					
Nom-Prenom	Age	PRAS* SP	LABO* SP	BASEL* SP	OPTI (1) OC	DEMT (1) OC	BOSP (1) OC
DUPONT ARNAUD	12 / 07 / 1976	100%	100%	100%	50%	PEC	PEC
DUPONT CAROLINE	13 / 03 / 1978	100%	100%	100%	PEC	PEC	PEC
DUPONT LILIANE	31 / 01 / 2003	100%	100%	100%	PEC	PEC	PEC

Vos garanties en optique

- Les défauts visuels sont divisés en classes.
- Chacune des classes est divisée en deux : les classes des verres unifocaux qui corrigent un seul défaut visuel (vision de près ou de loin) et celles des verres multifocaux qui corrigent la vision de près et la vision de loin.
- Dans le réseau : les frais d'optique sont remboursés aux Frais Réels selon le défaut visuel et sur la base des équipements prédéfinis.
- Hors réseau : remboursement d'un forfait (en euros) selon le défaut visuel.

Puissance	Défaut visuel	Classes unifocales		Classes multifocales	
		Adultes	Enfants	Adultes	Enfants
de 0 à 4 dioptries et cylindre ≤ 2	Petite myopie ou petite hypermétropie avec ou sans léger astigmatisme	101	201	111	204
de 0 à 4 dioptries et cylindre > 2 & de 4, 25 à 6 dioptries et cylindre ≤ 2	- Petite myopie ou Petite hypermétropie avec fort astigmatisme - Moyenne myopie ou moyenne hypermétropie avec ou sans léger astigmatisme	102	202	112	
de 4,25 à 6 dioptries et cylindre > 2 & de 6,25 à 8 dioptries et cylindre ≤ 2	- Moyenne myopie ou hypermétropie avec fort astigmatisme - Forte myopie ou forte hypermétropie avec ou sans léger astigmatisme	103	203	113	
de 6,25 à 8 dioptries et cylindre > 2 & ≥ à 8,25 dioptries, quel que soit le cylindre	- Forte myopie ou hypermétropie avec fort astigmatisme - Très Forte myopie ou hypermétropie sans ou avec astigmatisme quel que soit son degré de gravité	104	204	114	

Garanties limitées à un équipement (verres + montures) tous les deux ans pour les adultes et tous les ans pour les enfants (sauf s'il y a une modification de la dioptrie supérieure ou égale à 0,5)

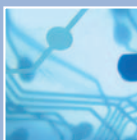
Garanties proposées par verre pour les adultes :

		Dans le réseau	Hors Réseau
Verres unifocaux	classe 101	Verre ⁽¹⁾ indice (-> 1.52) avec super antireflet - En minéral ou en organique durci	50 €
	classe 102	Verre ⁽¹⁾ aminci (->1.6) avec super antireflet - En minéral ou en organique durci	66 €
	classe 103	Verre ⁽¹⁾ super aminci avec super antireflet - En minéral (->1.8) ou en organique durci (->1.67)	100 €
	classe 104	Verre ⁽¹⁾ super aminci avec super antireflet - En minéral (->1.9) ou en organique durci (->1.74)	176 €
Verres multifocaux	classe 111	Verre ⁽¹⁾ avec super antireflet - En minéral aminci (->1.6) ou en organique durci (->1.52)	140 €
	classe 112	Verre ⁽¹⁾ aminci (->1.6) avec super antireflet - En minéral ou en organique durci	180 €
	classe 113	Verre ⁽¹⁾ super aminci avec super antireflet - En minéral (->1.8) ou en organique durci (->1.67)	200 €
	classe 114	Verre ⁽¹⁾ super aminci avec super antireflet - En minéral (->1.9) ou en organique durci (->1.74)	208 €

Garanties proposées par verre pour les enfants :

		Dans le réseau	Hors Réseau
Verres unifocaux	classe 1	Verre ⁽¹⁾ indice (-> 1.5) - En organique durci	26 €
	classe 2	Verre ⁽¹⁾ aminci (->1.6) - En organique durci	34 €
	classe 3	Verre ⁽¹⁾ super aminci (->1.67) avec super antireflet - En organique durci	85 €
	classe 4	Verre ⁽¹⁾ super aminci (->1.74) avec super antireflet - En organique durci	85 €
Verres multifocaux	classe 1 à 4	Verre ⁽¹⁾ super aminci (->1.74) avec super antireflet - En organique durci	85 €
Monture		60 €	

⁽¹⁾ avec précalibrage pour les hypermétropes



Vos garanties dentaires : Régime de base " Pack 3 "

Les garanties dentaires prévoient :

- Un remboursement en fonction de la place de la dent dans la bouche pour les couronnes ou inter de bridge et en fonction du nombre de dents à remplacer pour les appareils.
 - Dans le réseau des dentistes partenaires de Santéclair : aux frais réels sur la base des actes définis par la garantie.
 - Hors du réseau : en forfait (en euros).
- La prise en charge d'actes hors nomenclature : implantologie, parodontie, actes de prévention pour les enfants.

Soins dentaires	Dans le réseau	Hors Réseau
Soins reconnus par le RO hors Inlay /Onlay	TM	TM
Inlay /Onlay pris en charge par le RO	Frais réels sur la base d'un Inlay/Onlay en métal non précieux	90 €

Prothèses dentaires	Dans le réseau	Hors Réseau
Couronne ou inter de bridge sur les incisives, les canines, les prémolaires et les 1ère molaires	Couronne en céramique sur métal non précieux	320 €
Couronne ou inter de bridge sur les autres dents	Couronne en métal non précieux	140 €
Inlay Core pris en charge par le RO	Inlay Core en métal non précieux	85 € sans clavette 90 € avec clavette
Appareil amovible	1 à 13 dents = stellite sur métal non précieux 14 dents = Appareil en résine	620 €
Autres prothèses cotées en SPR	175 % du TC	

Garanties limitées à 3700 € par an et par bénéficiaire

Orthodontie	Dans et Hors réseau
Semestre actif accepté par le RO	600 € par semestre actif
Semestre actif adulte accepté ou non par le RO	600 € par semestre actif
Contention	70 € par année de contention
Empreinte et diagnostic	TM
Autres actes en TO	TM

Hors Nomenclature	Dans le réseau	Hors Réseau
Couronne provisoire (1)	Couronne provisoire	30 €
Examen de prévention pour les enfants de 6 à 14 ans	Examen de prévention	Néant
Renouvellement de sillons pour les enfants de 6 à 14 ans	Renouvellement de sillons	15,30 €
Vernis fluorés	Vernis fluorés	Néant
Test salivaire	Test salivaire	Néant
Implantologie : - Implant - Pilier implantaire	300 € (max 2 par an) Pilier implantaire (max 2 par an)	300 € 200 €
Parodontie	FR dans la limite de 490 € par an	

(1) incluse dans le plafond prothèses dentaires

RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur ; TC : Tarif de Convention ; FR : Frais Réels

Vos garanties dentaires : Régime de base " Pack 4 "

Les garanties dentaires prévoient :

- Un remboursement en fonction de la place de la dent dans la bouche pour les couronnes ou inter de bridge et en fonction du nombre de dents à remplacer pour les appareils.
- La prise en charge d'actes hors nomenclature : implantologie, parodontie, actes de prévention pour les enfants.
- Dans le réseau des dentistes partenaires de Santéclair : aux frais réels sur la base des actes définis par la garantie.
- Hors du réseau : en forfait (en euros).

	Dans le réseau	Hors réseau
SOINS DENTAIRES		
Soins reconnus par le RO hors Inlay /Onlay	TM	TM
Inlay /Onlay pris en charge par le RO	Frais réels sur la base d'un Inlay/Onlay en métal non précieux + 100 € pour autres matériaux,	150 €
PROTHÈSES DENTAIRES		
Couronne ou inter de bridge	Couronne en céramique sur métal non précieux	430 €
Couronne sur implant	Couronne sur implant	430 €
Inlay Core pris en charge par le RO	Inlay Core en métal non précieux	95 € sans clavette 110 € avec clavette
Appareil amovible	1 à 13 dents = stellite sur métal non précieux 14 dents = Appareil en résine	620 € par appareil de 1 à 10 dents 720 € par appareil de plus de 10 dents
Appareil provisoire	120 €	
Autres prothèses cotées en SPR et prises en charge par le RO	175 % du TC	
ORTHODONTIE		
Semestre actif accepté par le RO	650 € par semestre actif 100 € par année de contention 175 % TC pour les autres actes (diagnostic, empreintes ...)	
Semestre actif adulte accepté ou non par le RO	650 € par semestre actif	
HORS NOMENCLATURE		
Couronne provisoire (1)	Couronne provisoire	30 €
Examen de prévention pour les enfants de 6 à 14 ans	Examen de prévention	20 €
Renouvellement de sillons pour les enfants de 6 à 14 ans	Renouvellement de sillons	15.30 € par dent
Vernis fluorés	Vernis fluorés	5 € / dent
Test salivaire	Test salivaire	70 €
Implantologie (implant + pilier implantaire)	500 € pour l'implant (max 3 par an) Pilier implantaire (max 3 par an)	500 € (max 3 par an) 200 € (max 3 par an)
Parodontie	FR dans la limite de 600 € par an	
PLAFOND ANNUEL POUR LES PROTHESES DENTAIRES : 4.900 €		

(1) incluse dans le plafond prothèses dentaires

RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur ; TC : Tarif de Convention ; FR : Frais Réels

Aon Assurances de Personnes
45 rue Kléber
92697 Levallois-Perret Cedex
Tél. : 33(0)1 58 75 75 75
Fax : 33(0)1 58 75 77 42
www.aon.fr