



NOTICE D'INFORMATION
Ensemble du personnel - 1^{er} juillet 2012

Votre complémentaire Vitali Santé

Votre employeur a souscrit auprès de Malakoff Médéric Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, un contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire, conformément à l'Accord d'entreprise.

A la date d'effet du contrat, le 1^{er} juillet 2012, les sociétés du groupe PSA Peugeot Citroën entrant dans le périmètre sont les suivantes :

- Peugeot SA
- Peugeot Citroën Automobiles
- Société de Construction d'Équipement de Mécanisations et de Machines (SCEMM)
- Française de Mécanique
- Sevelnord

Vitali Santé, la nouvelle complémentaire santé du Groupe PSA Peugeot Citroën, est applicable à l'ensemble du personnel en activité, y compris les salariés dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions définies page 5.

Vitali Santé se compose de :

- Vitali Essentiel, contrat d'assurance santé dont vous bénéficiez obligatoirement,
- L'extension au conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale, dont la souscription facultative permet au conjoint non à charge de bénéficier de Vitali Essentiel,
- L'extension à l'enfant primo demandeur d'emploi de moins de 30 ans, dont la souscription facultative permet à l'enfant de moins de 30 ans n'étant plus à charge fiscale et à la recherche d'un premier emploi de bénéficier de Vitali Essentiel,
- L'Option permettant de compléter la couverture Vitali Essentiel.

La gestion de vos garanties est confiée à Aon Hewitt, votre interlocuteur au quotidien.

Cette notice a pour objet de vous apporter toutes les informations utiles sur Vitali Santé et les conditions dans lesquelles vous et vos ayants droit pourriez bénéficier du remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

SOMMAIRE

■ Qui peut bénéficier de Vitali Santé ?	2
■ Qui peut être dispensé d'affiliation ?	2
■ Comment vous affilier ?	3
■ Dans quels cas les garanties peuvent-elles être maintenues ?	5
■ Quand cessent vos garanties ?	6
■ Comment est définie la cotisation Vitali Essentiel ?	6
■ Quels sont les frais remboursés ?	7
■ Les garanties Vitali Santé	8
■ Comment obtenir vos remboursements ?	11
■ Les services	13
■ Vos contacts	16
■ Les définitions utiles	17

Ce document qui vous est remis par votre employeur, définit les dispositions réglementaires et contractuelles organisant les rapports entre votre entreprise, vous-même et Malakoff Médéric Prévoyance.

Cette notice satisfait aux obligations d'information des assurés (article L 932-6 du Code de la Sécurité sociale).

QUI PEUT BÉNÉFICIER DE VITALI SANTÉ ?

Préambule

Le terme "conjoint" utilisé dans ce document désigne le conjoint, le partenaire pacsé et le concubin tel que défini ci-après.

Bénéficiaires de Vitali Santé

Vous même ainsi que vos ayants droit tels que définis ci-après :

- votre conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale, et à défaut :
- votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs), non dissout et non rompu, à charge au sens de la Sécurité sociale,
- votre concubin célibataire, divorcé ou veuf à charge au sens de la Sécurité sociale, s'il réside sous le même toit que vous (l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi), vous et votre concubin ne devez être ni mariés, ni liés par un pacte civil de solidarité,
- votre conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale, si le niveau de revenu fiscal du foyer est inférieur ou égal au plafond de ressources déterminant l'accès à la protection complémentaire CMU-C.
- toute autre personne (hors conjoint, concubin ou partenaire pacsé) vivant avec vous depuis plus de douze mois consécutifs, à charge au sens de la Sécurité sociale,
- vos enfants ou ceux de votre conjoint (de votre partenaire pacsé ou de votre concubin) à charge au sens de la Sécurité sociale, pris en compte dans le quotient familial du foyer fiscal de l'assuré,
- vos enfants dont vous n'avez pas la garde, bénéficiaires d'une pension alimentaire à votre charge et admise en déduction de votre revenu imposable,
- vos enfants, ou ceux de votre concubin si le choix du rattachement fiscal s'est porté sur ce dernier

et :

- 1- âgés de moins de 18 ans,
- 2- ou âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans,

- 3- étudiants ou en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, ayant des ressources permanentes brutes inférieures au SMIC,
- ou sans condition d'âge s'ils sont handicapés et que ce handicap justifie le droit au bénéfice de l'une des prestations prévues par les articles L541-1 et L821-1 du Code de la Sécurité sociale, ayant des ressources permanentes brutes inférieures au SMIC. Le handicap doit trouver son origine avant l'âge de 18 ans, ou avant 26 ans alors que l'enfant poursuivait des études ou était en contrat d'apprentissage.

Votre enfant majeur, ou celui de votre conjoint, partenaire pacsé ou concubin, personnellement fiscalement imposable, qui remplit les conditions prévues en 2 ou 3, est également considéré comme ayant droit.

QUI PEUT ÊTRE DISPENSÉ D'AFFILIATION ?

Conformément à l'accord d'entreprise instituant Vitali Santé, l'affiliation est obligatoire. Cependant, si vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes, vous pouvez être dispensé d'affiliation :

- salarié sous contrat à durée déterminée de moins de 12 mois,
- salarié sous contrat à durée déterminée égal ou supérieur à 12 mois justifiant d'une couverture santé par ailleurs,
- salarié dont la durée de travail est inférieure à un mi-temps, n'ayant qu'un seul employeur et sous réserve que la cotisation salariale à Vitali Essentiel représente au moins 10 % de la rémunération brute,
- salarié sous contrat à durée indéterminée bénéficiant à la mise en place du régime d'une couverture santé obligatoire, tant qu'il peut justifier annuellement de cette situation,
- salarié sous contrat à durée indéterminée bénéficiant à la mise en place du régime d'une couverture santé individuelle et ce jusqu'à sa prochaine échéance annuelle.



COMMENT VOUS AFFILIER ?

Vitali Essentiel

Vous devez compléter et adresser à Aon Hewitt le bulletin individuel d'affiliation et y joindre :

- **Pour vous-même,**
- **Votre conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale**
- **Toute autre personne vivant depuis plus de 12 mois avec vous, à charge au sens de la Sécurité sociale**
 - la copie de votre attestation papier jointe à la carte Vitale et celle de chaque bénéficiaire ayant son propre numéro Sécurité sociale,
 - le certificat de concubinage ou attestation sur l'honneur et un justificatif de domicile aux deux noms, ou une copie de l'enregistrement de la déclaration de PACS.
- **Pour vos enfants à charge au sens fiscal**
 - le dernier avis d'imposition, le vôtre ou celui de votre concubin si l'enfant est rattaché fiscalement à cette personne,
 - le dernier avis d'imposition de l'enfant majeur personnellement imposable au sens fiscal, âgé de 18 à 26 ans ayant des ressources permanentes brutes inférieures au SMIC,
 - le dernier avis d'imposition de l'enfant handicapé, personnellement imposable au sens fiscal, ayant des ressources permanentes brutes inférieures au SMIC,
 - la photocopie de l'attestation papier jointe à la carte Vitale de son régime Sécurité sociale,
 - la photocopie du certificat de scolarité, contrat d'apprentissage ou de professionnalisation.

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

Possibilité d'extension à Vitali Essentiel

La souscription à cette extension permet à votre conjoint immatriculé sous son propre numéro de Sécurité sociale et/ou à votre (vos) enfant(s) primo demandeur d'emploi de moins de 30 ans, de bénéficier de Vitali Essentiel, sans participation employeur.

Pour ce faire, vous devez :

- **Pour votre conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale**
 - l'inscrire sur le bulletin individuel d'affiliation à l'extension du conjoint non à charge en faisant figurer son propre numéro de Sécurité sociale,
 - joindre la copie de l'attestation papier jointe à sa carte Vitale,

- adresser une autorisation de prélèvement accompagnée du relevé d'identité bancaire.

Le délai pour souscrire est de 2 mois suivant la date d'admission du salarié à Vitali Essentiel.



Conjoints non à charge : 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 de souscription soit formulée dans les 2 mois qui suivent le dit évènement. A l'expiration de cette période, les délais d'attente détaillés ci-dessous s'appliquent.

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

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

Conjoint non à charge assimilé à un conjoint à charge au sens de la Sécurité sociale (critère CMU-C)

Dans ce cas le conjoint est considéré comme à charge dès le premier jour du mois qui suit sa demande. Celle-ci doit être faite en complétant le bulletin d'affiliation accompagné du dernier justificatif d'imposition (avis d'imposition ou déclaration d'impôts). Elle sera reconduite chaque année, tant que les conditions seront remplies. Pour ce faire, vous devez adresser à Aon Hewitt votre déclaration d'impôts au cours du 1^{er} semestre et votre avis d'imposition au cours du 2nd semestre.

Souscription en continuité d'une autre complémentaire

Si la demande de souscription fait suite sans interruption à une garantie de même nature et qu'un certificat de radiation de la précédente complémentaire santé est fourni, les garanties prennent effet à la date de la demande de souscription sans délai d'attente.

Délais d'attente pour le conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale

En cas de souscription après expiration du délai de 2 mois, des délais d'attente s'appliquent à compter de la date de la demande pour bénéficier des prestations :

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

■ Pour l'enfant de moins de 30 ans primo demandeur d'emploi

- joindre un justificatif de première inscription au Pôle Emploi,
- joindre le justificatif mensuel d'actualisation Pôle Emploi,
- adresser une autorisation de prélèvement, accompagnée du relevé d'identité bancaire,
- envoyer la photocopie de l'attestation papier jointe à la carte Vitale.

La souscription prend effet au plus tôt dès le lendemain de la fin de la couverture qui était accordée en qualité d'ayant droit.

■ Modalités de paiement de la cotisation

Les cotisations dues pour les cas d'Extension sont intégralement à votre charge.

Le paiement s'effectue par prélèvement bancaire mensuel, le 15 du mois pour le mois en cours.

En cas de non paiement des cotisations à leur échéance, vous recevrez une mise en demeure par courrier recommandé avec accusé de réception, vous demandant d'effectuer votre règlement.

Si à l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de la date d'envoi de la mise en demeure, aucun paiement n'est intervenu, votre contrat est résilié de plein droit et cette résiliation entraîne la déchéance de tous les droits sans nouvel avis de notre part. Nous procédons à votre radiation définitive et nous réservons le droit de réclamer les prestations indûment payées, par toutes les voies de droit.



DANS QUELS CAS LES GARANTIES PEUVENT-ELLES ÊTRE MAINTENUES ?

En cas de suspension de votre contrat de travail

Les garanties et leurs évolutions continuent à s'appliquer tant que vous faites partie des effectifs et les cotisations restent dues dans les mêmes conditions que lorsque vous étiez en activité :

- si votre contrat de travail est suspendu, et que vous êtes en arrêt de travail et indemnisé à ce titre par la Sécurité sociale,
- si votre contrat de travail est suspendu, et que vous êtes en arrêt de travail et bénéficiez d'un maintien de rémunération de votre employeur,
- en cas de cumul emploi-retraite, le maintien des garanties est limité à la période de versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale,
- si votre contrat de travail est suspendu pendant moins d'un mois civil.

De plus, les garanties sont maintenues sans contrepartie de cotisation si vous vous trouvez en invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie et que votre contrat de travail n'est pas rompu.

En cas de rupture de votre contrat de travail dans le cadre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008

En cas de rupture de votre contrat de travail ouvrant droit à **indemnisation par le régime d'assurance chômage** (droit dont vous devrez justifier), **en dehors du cas de licenciement pour faute lourde**, vous pouvez opter pour le maintien de vos garanties santé et prévoyance. Ce maintien est également accordé à vos ayants droit déclarés.

Votre contrat de travail doit avoir été d'une durée au moins égale à un mois. Les droits à garanties doivent avoir été ouverts avant la rupture du contrat de travail.

Le maintien des garanties prend effet au lendemain de la date de rupture de votre contrat de travail. Votre employeur est tenu de vous informer de ce droit et des modalités de mise en oeuvre. Vous avez un délai de réflexion de 10 jours pour renoncer à ce maintien.

La durée du maintien des garanties est égale à la durée de votre dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de neuf mois.

En cas de modification du contrat d'assurance vous bénéficiez des nouvelles garanties.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement de vos allocations payées par le régime d'assurance chômage,
- la date de votre reprise d'activité professionnelle,
- la date d'effet de votre retraite Sécurité sociale,
- l'issue de la durée de maintien à laquelle vous avez droit et ce dans la limite de neuf mois,
- la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des garanties.

Nous pouvons, à tout moment, demander à votre employeur de justifier que vous remplissez les conditions requises pour bénéficier du maintien des garanties.

Vous et votre employeur continuez à cotiser dans les mêmes conditions et proportions que lorsque vous étiez en activité. Vous verserez la cotisation sous forme de prime libératoire lors de la signature de votre solde de tout compte.

Le maintien individuel des garanties aux anciens assurés

Vous pouvez adhérer au contrat maintien de garanties mis en place par votre employeur ou souscrire un contrat individuel sans formalités médicales et sans période probatoire, si lors de votre radiation des effectifs de l'entreprise, vous bénéficiez :

- de prestations d'incapacité ou d'invalidité,
- d'une pension de retraite,
- d'un revenu de remplacement à la suite d'un licenciement.

Vous devez en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail.

Dans le cas particulier de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008, le point de départ du délai de six mois est reporté à la date à laquelle le bénéfice du maintien des garanties prend fin.

Par ailleurs, si votre contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération (cas des congés sans solde), vous pouvez demander à bénéficier du contrat maintien de garanties ou souscrire un contrat individuel tel que précisé ci-dessus.

Par ailleurs, au cas où vous viendriez à décéder, les personnes de votre famille précédemment garanties peuvent souscrire un contrat individuel sans formalités médicales et sans période probatoire s'ils en font la demande dans les six mois qui suivent votre décès.

De même, en cas de résiliation du contrat par le souscripteur ou l'assureur, vous pouvez souscrire un contrat individuel sans formalités médicales et sans période probatoire si vous en faites la demande dans les deux mois suivant la date d'effet de la résiliation.

QUAND CESSENT VOS GARANTIES ?

■ Pour vous :

Vos garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat,
- à la date de suspension ou de rupture de votre contrat de travail sauf dans les cas de maintiens précités,
- à la date d'effet de votre retraite de la Sécurité sociale (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite),
- à la date de mutation dans une société du Groupe PSA Peugeot Citroën non bénéficiaire de Vitali Santé.

■ Pour vos ayants droit :

Les garanties Vitali Santé (Vitali Essentiel - Extensions - Option) cessent à la même date que les vôtres.

De plus, les garanties cessent à la date à laquelle vos ayants droit ne répondent plus aux conditions requises en page 2 pour être définis comme ayants droit, ou à la date à laquelle leur radiation est demandée.

La radiation de votre conjoint non à charge au sens de la Sécurité sociale est définitive sauf en cas de changement de situation professionnelle (licenciement, mise en place d'une couverture santé obligatoire par l'employeur, invalidité, départ à la retraite).

COMMENT EST DÉFINIE LA COTISATION VITALI ESSENTIEL ?

■ Vitali Essentiel

Le montant de la cotisation est différent selon votre situation de famille réelle :

■ vous cotisez en assuré isolé quand :

- vous êtes célibataire, veuf, divorcé ou séparé sans enfant à charge,
- votre conjoint est non à charge au sens de la Sécurité sociale et vous n'avez pas d'enfant au foyer,
- vos enfants sont couverts par la complémentaire santé obligatoire de votre conjoint,
- vos enfants de moins de 26 ans font leur propre déclaration aux impôts.

■ Dans tous les autres cas, vous cotisez en famille.

En cas d'absence d'information sur votre situation de famille réelle, vous cotisez en famille.

■ Cas particulier du couple de salariés PSA pouvant bénéficier de Vitali Santé

La détermination de votre cotisation se fera en fonction de votre situation familiale, de la manière suivante :

- vous n'avez pas d'enfant au foyer : vous cotisez tous les deux en isolé,
- vous avez des enfants au foyer : selon le choix du salarié, l'un cotise en isolé et l'autre en famille.



QUELS SONT LES FRAIS REMBOURSÉS ?

Le contrat prend en charge, dans la limite du niveau des garanties, le remboursement :

- des frais restant à votre charge après remboursement de la Sécurité sociale pour les actes faisant l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale,
- des dépenses de soins médicalement prescrites à caractère thérapeutique non prises en charge par la Sécurité sociale (ex. implants dentaires),
- des dépenses de soins prises en charge dans le cadre de forfaits spécifiques prévus au tableau des garanties,
- des dépenses de prévention mentionnées au tableau des garanties.

Les actes ne figurant pas à la Nomenclature Sécurité sociale sont exclus des garanties.

Pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale, le niveau des remboursements complémentaires est établi en fonction :

- de la codification des actes médicaux,
- du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base du remboursement de la Sécurité sociale ou ticket modérateur)
- de la législation en vigueur à la date des soins.

Le montant retenu pour les dépenses engagées est celui déclaré à la Sécurité sociale et figurant sur le décompte de remboursement de cet organisme ou celui qui vous est facturé, en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie, la date des soins retenue est celle prise en compte par la Sécurité sociale, ou celle de facturation pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

Pour pouvoir être prises en compte, les demandes de remboursements doivent nous être adressées dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part ou de celle de votre employeur entraîne la nullité de l'assurance et la déchéance de tous droits aux prestations.

Quelles sont les limites de remboursement ?

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins ou en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne donnent pas lieu à remboursement de notre part, conformément à

l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Le total de nos remboursements, de ceux de la Sécurité sociale et de ceux de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées telles que définies ci-dessus.

Les forfaits annuels ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Tout forfait non utilisé sur une année ne donnera lieu à aucun report sur l'année suivante.

Les critères du contrat responsable

Conformément à la réglementation, le contrat Vitali Santé est responsable, c'est-à-dire :

Il prend en charge des niveaux minimum de remboursement complémentaire pour certaines consultations et prescriptions dans le cadre du parcours des soins coordonné :

- 30 % du tarif de convention de la consultation du médecin traitant et du médecin correspondant,
- 30 % du tarif des médicaments remboursés à 65 % par la Sécurité sociale et prescrits par le médecin traitant ou correspondant,
- 35 % des analyses de biologie prescrites par le médecin traitant ou correspondant,
- la totalité du ticket modérateur d'au moins 2 actes de prévention dont le service est considéré comme prioritaire en termes de santé publique, conformément à l'article R-871-2 du Code de la Sécurité sociale. Les actes pris en charge figurent dans le tableau des garanties.

Actes de prévention pris en charge par Vitali Santé souscrit auprès de Malakoff Médéric Prévoyance

- Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances.
- Dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, par audiométrie tonale avec tympanométrie, une fois tous les cinq ans.

Il ne prend pas en charge :

- le dépassement d'honoraires autorisé pour une consultation de spécialiste réalisée en dehors du parcours des soins coordonné,
- la majoration du ticket modérateur, restant à votre charge après remboursement de la Sécurité sociale, en cas de non respect du parcours de soins coordonné,
- la participation forfaitaire pour les consultations, les actes de biologie médicale et les examens radiologiques,
- la participation forfaitaire pour les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical, les frais de transport.

LES GARANTIES VITALI SANTÉ

Vitali Santé se compose de :

- **Vitali Essentiel** (voir ci-dessous et page 9),
- **L'Option** (voir pages 9 à 11).



Détail des garanties Vitali Essentiel

Prestations en complément de la Sécurité sociale	Régime Général		Régime Alsace Moselle	
	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
Nature des frais				
Hospitalisation (y compris ambulatoire) médicale ou chirurgicale				
Frais de séjour	100 % FR - SS	300 % BRSS	100 % FR - SS	300 % BRSS
Actes de chirurgie (ADC)	100 % FR - SS		100 % FR - SS	
Actes d'anesthésie (ADA)	100 % FR - SS		100 % FR - SS	
Autres honoraires	100 % FR - SS		100 % FR - SS	
Chambre particulière	100 % FR - SS		100 % FR - SS	
Frais d'accompagnant d'un enfant à charge	100 % FR - SS (-12 ans)		100 % FR - SS (-12 ans)	
Forfait hospitalier	100 % FR		100 % FR	
Actes médicaux				
Généralistes (Consultations et visites)	200 % BRSS (300 % BRSS Professeurs)		180 % BRSS (280 % BRSS Professeurs)	
Spécialistes (Consultations et visites)				
Actes de Spécialités (ADC - ATM - ADI)	200 % BRSS		180 % BRSS	
Radiologie	200 % BRSS		180 % BRSS	
Ostéodensitométrie	200 % BRSS		180 % BRSS	
Auxiliaires médicaux	200 % BRSS		170 % BRSS	
Analyses	200 % BRSS		170 % BRSS	
Transport	100 % TM		100 % TM	
Pharmacie				
Pharmacie (y compris pharmacie à 15 %)	100 % TM		100 % TM	
Dentaire				
Soins dentaires	200 % BRSS		180 % BRSS	
Scellement prophylactique des sillons (enfant de moins de 14 ans - 1 fois par dent - 1 ^{ère} et 2 ^{ème} molaires permanentes)	200 % BRSS		180 % BRSS	
Parodontologie non remboursée SS	250 €/an		250 €/an	
Prothèses dentaires remboursées SS	300 % BRSS		280 % BRSS	
Prothèses dentaires non remboursées SS (hors prothèses provisoires)	300 % BRSS		300 % BRSS	
Supplément inter de bridge (SPR50-SS)	300 % BRSS		300 % BRSS	
Orthodontie acceptée par la SS	200 % BRSS		200 % BRSS	
Orthodontie refusée SS	200 % BRSS (jusqu'à 18 ans)		200 % BRSS (jusqu'à 18 ans)	
Implants dentaires	Phase chirurgicale : 16,5 % PMSS Pose pilier & Couronne sur implant : 8,5 % PMSS		Phase chirurgicale : 16,5 % PMSS Pose pilier & Couronne sur implant : 8,5 % PMSS	
Prothèses non dentaires (remboursées SS)				
Petit appareillage (ex. : attelles, béquilles)	200 % BRSS		170 % BRSS	
Prothèses auditives	200 % BRSS (remboursées ou non SS)		170 % BRSS (remboursées ou non SS)	
Orthopédie & autres prothèses	200 % BRSS		170 % BRSS	

Détail des garanties Vitali Essentiel (suite)

Prestations en complément de la Sécurité sociale	Régime Général		Régime Alsace Moselle	
	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
Nature des frais				
Optique	Verres+Monture Adulte >18 ans : remboursement limité à 1 paire de lunettes tous les 2 ans sauf bris de verre ou de monture et/ou de modification de la correction optique d'au moins 0,25 dioptrie justifiée par le praticien			
	Réseau Optique	Hors réseau Optique	Réseau Optique	Hors réseau Optique
Monture	adulte : 125 € enfant : 90 €	adulte : 125 € enfant : 90 €	adulte : 125 € enfant : 90 €	adulte : 125 € enfant : 90 €
Verres	100 % DE /verre	verres adulte 2050 % BRSS (avec mini 100 €/verre ; maxi 300 €/verre) - enfant : 850 % BRSS (avec maxi 150 €/verre)	100 % DE /verre	verres adulte 2020 % BRSS (avec mini 100 €/verre ; maxi 300 €/verre) - enfant : 820 % BRSS (avec maxi 150 €/verre)
Lentilles remboursées SS	6 % PMSS par paire (13 % PMSS si correction > 10 dioptries)		6 % PMSS par paire (13 % PMSS si correction > 10 dioptries)	
Lentilles non remboursées SS	6 % PMSS par paire		6 % PMSS par paire	
Lentilles jetables	6 % PMSS an / bénéficiaire		6 % PMSS an / bénéficiaire	
Chirurgie de l'œil	8 % PMSS / œil		8 % PMSS / œil	
Cures thermales (acceptées ou refusées SS)				
Frais de traitement et honoraires	10 % PMSS		10 % PMSS	
Frais de voyage et hébergement				
Maternité	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
Frais de séjour	100 % FR - SS	300 % BRSS	100 % FR - SS	300 % BRSS
Honoraires de Chirurgien (césarienne)	300 % BRSS ⁽¹⁾		300 % BRSS ⁽¹⁾	
Honoraires Péridurale	100 % BRSS		100 % BRSS	
Chambre particulière	3,5 % PMSS/jour (maxi 5 jours)		3,5 % PMSS/jour (maxi 5 jours)	
Autres actes				
Ostéopathie	Néant		Néant	
Sevrage tabagique	Néant		Néant	
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 29/09/2005				
	Prise en charge des deux actes de prévention suivants : Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances 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 100 % TM		Prise en charge des deux actes de prévention suivants : Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances 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 100 % TM	

⁽¹⁾ avec un reste à charge mini de 10 % des dépassements.

FR ou DE = Frais réels ou Dépense engagée

SS = Sécurité sociale

BRSS = Base de remboursement Sécurité sociale

TM = Ticket modérateur

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale



L'Option

Votre affiliation à Vitali Essentiel est obligatoire. Vous pouvez également souscrire à l'Option, sous réserve du paiement d'une cotisation intégralement à votre charge, déterminée en fonction de votre situation de famille réelle. Les bénéficiaires de l'Option seront obligatoirement les mêmes que ceux de Vitali Essentiel.

Le paiement de la cotisation s'effectue par prélèvement bancaire mensuel, le 15 du mois pour le mois en cours.

Vous devez effectuer cette demande dans les deux mois qui suivent votre affiliation à Vitali Essentiel. Passé ce délai, vous ne pourrez souscrire qu'à compter de la prochaine période triennale démarrant le 1^{er}

janvier 2015 (et ce, quelle que soit votre date d'affiliation), sauf changement de situation de famille.

Vous avez la possibilité de demander votre radiation volontaire après une période de douze mois à compter de votre souscription à l'Option. Dans ce cas, toute nouvelle demande de souscription sera fermée pour la partie des trois ans restant à courir, sauf changement de situation de famille, à condition que la nouvelle adhésion soit reçue par les services Aon Hewitt dans les 2 mois qui suivent l'évènement.

En tout état de cause, votre radiation de Vitali Essentiel entraîne la cessation des garanties de l'Option, pour vous et les membres de votre famille.

Détail des garanties de l'Option

Les garanties de l'Option intègrent celles de Vitali Essentiel				
Prestations en complément de la Sécurité sociale	Régime Général		Régime Alsace Moselle	
Nature des frais	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation (y compris ambulatoire) médicale ou Chirurgicale				
Frais de séjour	100 % FR - SS	400 % BRSS	100 % FR - SS	400 % BRSS
Actes de chirurgie (ADC)	100 % FR - SS		100 % FR - SS	
Actes d'anesthésie (ADA)	100 % FR - SS		100 % FR - SS	
Autres honoraires	100 % FR - SS		100 % FR - SS	
Chambre particulière	100 % FR - SS		100 % FR - SS	
Frais d'accompagnant d'un enfant à charge	100 % FR - SS (-12 ans)		100 % FR - SS (-12 ans)	
Forfait hospitalier	100 % FR		100 % FR	
Actes médicaux				
Généralistes (Consultations et visites)	420 % BRSS		400 % BRSS	
Spécialistes (Consultations et visites)- professeurs	420 % BRSS		400 % BRSS	
Actes de Spécialités (ADC - ATM - ADI)	420 % BRSS		400 % BRSS	
Radiologie	420 % BRSS		400 % BRSS	
Ostéodensitométrie	420 % BRSS		400 % BRSS	
Auxiliaires médicaux	420 % BRSS		390 % BRSS	
Analyses	420 % BRSS		390 % BRSS	
Transport	100 % TM		100 % TM	
Pharmacie				
Pharmacie (y compris pharmacie à 15 %)	100 % TM		100 % TM	
Dentaire				
Soins dentaires	420 % BRSS		400 % BRSS	
Scellement prophylactique des sillons (enfant de moins de 14 ans - 1 fois par dent - 1 ^{ère} et 2 ^{ème} molaires permanentes)	420 % BRSS		400 % BRSS	
Parodontologie non remboursée SS	300 €/an		300 €/an	
Prothèses dentaires remboursées SS	450 % BRSS		430 % BRSS	
Prothèses dentaires non remboursées SS (hors prothèses provisoires)	450 % BRSS		450 % BRSS	
Supplément inter de bridge (SPR50-SS)	450 % BRSS		450 % BRSS	
Orthodontie acceptée par la SS	400 % BRSS		400 % BRSS	
Orthodontie refusée SS	400 % BRSS (jusqu'à 18 ans)		400 % BRSS (jusqu'à 18 ans)	
Implants dentaires	Phase chirurgicale : 33 % PMSS Pose pilier & Couronne sur implant : 16,5 % PMSS		Phase chirurgicale : 33 % PMSS Pose pilier & Couronne sur implant : 16,5 % PMSS	
Prothèses non dentaires (remboursées SS)				
Petit appareillage (ex. : attelles, béquilles)	400 % BRSS		370 % BRSS	
Prothèses auditives	600 % BRSS (remboursées ou non SS)		570 % BRSS (remboursées ou non SS)	
Orthopédie & autres prothèses	400 % BRSS		370 % BRSS	
Optique				
Verres+Monture Adulte >18 ans : remboursement limité à 1 paire de lunettes tous les 2 ans sauf bris de verre ou de monture et/ou de modification de la correction optique d'au moins 0,25 dioptrie justifiée par le praticien				
	Réseau Optique	Hors réseau Optique	Réseau Optique	Hors réseau Optique
Monture	adulte-enfant : 9 % PMSS	adulte-enfant : 9 % PMSS	adulte-enfant : 9 % PMSS	adulte-enfant : 9 % PMSS
Verres	100 % DE /verre	verres adulte 4000 % BRSS (avec mini 200 €/verre ; maxi 400 €/verre) - enfant : 1750 % BRSS (avec maxi 400 €/verre)	100 % DE /verre	verres adulte 3970 % BRSS (avec mini 200 €/verre ; maxi 400 €/verre) - enfant : 1720 % BRSS (avec maxi 400 €/verre)
Lentilles remboursées SS	26 % PMSS par paire		26 % PMSS par paire	
Lentilles non remboursées SS	26 % PMSS par paire		26 % PMSS par paire	
Lentilles jetables	26 % PMSS / an / bénéficiaire		26 % PMSS / an / bénéficiaire	
Chirurgie de l'œil	26 % PMSS / œil		26 % PMSS / œil	
Cures thermales (acceptées ou refusées SS)				
Frais de traitement et honoraires	17 % PMSS		17 % PMSS	
Frais de voyage et hébergement	17 % PMSS		17 % PMSS	
Maternité				
Frais de séjour	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
Honoraires de Chirurgien (césarienne)	400 % BRSS		400 % BRSS	
Honoraires Péridurale	100 % BRSS		100 % BRSS	
Chambre particulière	3,5 % PMSS/jour (maxi 5 jours)		3,5 % PMSS/jour (maxi 5 jours)	

Détail des garanties de l'Option (suite)

Prestations en complément de la Sécurité sociale	Régime Général		Régime Alsace Moselle	
	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
Nature des frais				
Autres actes				
Ostéopathie	1.5% PMSS/séance maxi 2/an/bénéficiaire		1.5% PMSS/séance maxi 2/an/bénéficiaire	
Sevrage tabagique	100 € / an / bénéficiaire		100 € / an / bénéficiaire	
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 29/09/2005				
	Prise en charge des deux actes de prévention suivants : Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances 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 100 % TM + 300 % BRSS		Prise en charge des deux actes de prévention suivants : Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances 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 100 % TM + 280 % BRSS	

FR ou DE = Frais réels ou Dépense engagée

SS = Sécurité sociale

BRSS = Base de remboursement Sécurité sociale

TM = Ticket modérateur

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale

COMMENT OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?

La gestion de vos garanties est assurée par Aon Hewitt.

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 Hewitt. La télétransmission ne sera effective que si vous avez donné votre accord et fourni la copie de l'attestation papier jointe à la carte Vitale pour chaque bénéficiaire garanti par le contrat.

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 le ou les ayant(s) droit dépendant d'un autre régime que le régime général (SNCF, RATP...).

Par courrier

Si vous avez refusé la télétransmission, vos décomptes de Sécurité sociale ne comporteront pas de message. Vous devrez envoyer les originaux à Aon Hewitt :

Aon Hewitt - Service Vitali Santé
28 allée de Bellevue
16918 ANGOULEME CEDEX 09

Paiement des prestations

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 auriez 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.

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.

Décompte de remboursement

Les relevés sont envoyés au domicile selon une périodicité mensuelle (sauf si choix de l'alerte e-mail).

Ils sont consultables à tout moment sur le site Aon Hewitt : www.aonhewitt.fr/sante

Des décomptes de remboursement intermédiaires pourront vous être adressés dans le cas où des pièces complémentaires sont nécessaires.



Justificatifs à produire

Cas de demande de remboursement	Document à envoyer	Destinataire
Votre praticien n'a pas utilisé votre carte Vitale	Feuilles de soins	Sécurité sociale Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)
Vous n'avez pas la télétransmission	Originaux des décomptes de Sécurité sociale ou autre organisme	Centre de gestion Aon Hewitt à Angoulême
Vous n'avez pas utilisé votre carte de tiers payant	Justificatifs de paiement de la part complémentaire (facture acquittée)	
Frais dentaire	Facture acquittée et détaillée du chirurgien dentiste	
Frais d'optique (si vous n'utilisez pas le Réseau Optique)	Verres et monture : 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 correction, accompagné de la copie de l'ordonnance Lentilles : prescription de moins de 48 mois et facture acquittée et détaillée	
Frais d'hospitalisation (y compris frais d'accompagnant) si nous n'avons pas délivré de prise en charge hospitalière (PEC)	Facture acquittée (bordereau AMC) de l'établissement hospitalier et notes d'honoraires des praticiens	
Frais de kinésithérapie	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	
Actes de laboratoire, radiologie	Facture acquittée en cas de dépassement d'honoraires	
Acte de prévention	Justificatif du praticien qui précise la nature et la codification de l'acte effectué, ainsi que le montant acquitté	
Ostéopathie	Note d'honoraires acquittée	
Sevrage tabagique	Prescription médicale et facture correspondante acquittée	
Cure thermique	Le volet de remboursement établi par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie, les factures acquittées (y compris transport et hébergement) ainsi que l'attestation de présence de l'établissement thermal	
Frais de Maternité	Justificatifs des dépenses engagées et acquittées pour les actes pris en charge (césarienne, péridurale, frais de chambre particulière)	
Appareillage	Facture acquittée	

LES SERVICES

Tiers payant et réseau Optique

Ce service de tiers payant mis à votre disposition par Aon Hewitt concerne les frais de pharmacie, analyses de laboratoire, radiologie, auxiliaires médicaux, transport et le Réseau Optique.

Ce service, développé conjointement par Aon Hewitt et ses partenaires VIAMEDIS et le Réseau d'Opticiens, se matérialise par une attestation qui vous est adressée directement à votre domicile chaque début d'année par Aon Hewitt.

Le niveau de prise en charge s'effectue à hauteur du ticket modérateur sauf pour l'Optique. L'accès au réseau optique vous permet de bénéficier d'avantages lorsque vous engagez des dépenses auprès d'un opticien partenaire.

Pour connaître les praticiens VIAMEDIS et les opticiens du Réseau les plus proches de chez vous, connectez-vous sur l'Extranet dédié Aon Hewitt, à l'adresse : www.aonhewitt.fr/sante rubrique "Tiers Payant".

En cas de radiation des effectifs, vous devez nous retourner votre carte de Tiers payant.

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 nous adresser le bulletin de situation remis par l'établissement hospitalier.

Comment effectuer votre demande de prise en charge hospitalière ?

Vous pouvez effectuer votre demande par :

- Courrier : Aon Hewitt - Service Vitali Santé
28, allée de Bellevue 16918 Angoulême Cedex 9

- Téléphone :  **0 820 200 585**

0,09 € TTC / MN

ou 05 45 38 50 76 ou numéro abrégé 10 210 depuis les sites du Groupe PSA Peugeot Citroën

- Télécopie : 05 45 38 30 82

- Extranet dédié www.aonhewitt.fr/sante

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 son appartenance à Vitali Santé,
- 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).



■ Qu'est ce que Malakoff Médéric Assistance ?

L'assistance santé à domicile Malakoff Médéric Assistance a pour but d'apporter aux assurés de Malakoff Médéric Prévoyance tous les services qui permettent de rétablir l'organisation normale d'une vie familiale perturbée, de manière imprévisible, par une maladie, une hospitalisation, un accident ou un décès, en mettant en place une aide temporaire, immédiate et adaptée. Cette garantie est assurée par AUXIA ASSISTANCE, une entreprise régie par le Code des assurances 29 rue Cardinet 75858 Paris cedex 17 - SA au capital entièrement libéré de 480 000 euros inscrite sous le n° 351 733 761 RCS Paris et filiale du groupe Malakoff Médéric.

Le présent document constitue un résumé des garanties d'assistance souscrites par PSA PEUGEOT CITROËN auprès d'AUXIA ASSISTANCE. Il ne se substitue pas à la convention d'assistance que le participant peut obtenir sur simple demande écrite à l'adresse ci-dessus.

A ce titre, AUXIA ASSISTANCE organise et prend en charge selon les conditions suivantes :

■ en cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours ou d'hospitalisation de plus de 2 jours

- une aide ménagère à concurrence de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois *,
- le déplacement d'un proche à votre chevet (train 1^{ère} classe ou avion classe éco) et/ou son hébergement pour deux nuits à l'hôtel, petit déjeuner inclus (à concurrence de 92 € TTC),
- le transfert et la garde de vos animaux de compagnie (chat/chien à jour des vaccinations et identifiés) pendant un mois maximum *.

■ en cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours ou d'hospitalisation quelle qu'en soit la durée

- le déplacement d'un proche (train 1^{ère} classe ou avion classe éco) pour la garde de vos enfants de moins de 16 ans ou leur transfert auprès de proches (train 1^{ère} classe ou avion classe éco), en France métropolitaine,
- ou la conduite à l'école et le retour au domicile dans la limite de 5 jours répartis sur un mois *,
- ou la garde d'enfants à domicile ou auprès d'une assistante maternelle, dans la limite de 30 heures réparties sur un mois *,
- pour vos ascendants vivant à votre domicile et ne pouvant se prendre en charge, le déplacement d'un proche ou leur transfert auprès de proches (train 1^{ère} classe ou avion classe éco) ou leur garde à domicile dans la limite de 30 heures réparties sur un mois *.

■ en cas de maladie ou d'accident de vos enfants bénéficiaires de votre garantie

- le déplacement d'un proche (train 1^{ère} classe ou avion classe éco) ou la garde de vos enfants dans la limite de 30 heures si vos enfants sont immobilisés pendant plus de 2 jours et si vous et votre conjoint travaillez,
- pour les enfants du primaire ou secondaire immobilisés au domicile pour une durée supérieure à 14 jours, un soutien pédagogique dans la limite de 3 heures par jour, hors vacances scolaires jusqu'à la reprise des cours, et au plus tard jusqu'à la fin de l'année scolaire.

■ en cas de décès

- prise en charge des enfants et ascendants, financement de l'aide ménagère et transfert et garde des animaux familiers dans les conditions définies ci-dessus.

■ en cas de séjour de plus de 8 jours en maternité

- prise en charge des enfants et financement de l'aide ménagère dans les conditions définies ci-dessus.



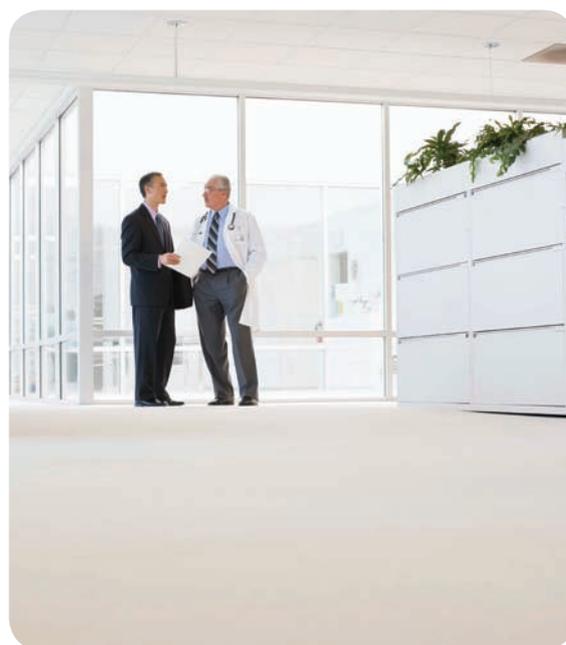
*à compter de la date de l'évènement

■ **aides aux démarches administratives et sociales en dehors des cas pour lesquels il faut recourir aux services de secours d'urgence**

- informations médicales et recherche d'un médecin en l'absence du médecin traitant,
- livraison de médicaments à domicile si ni vous ni l'un de vos proches n'êtes en mesure de vous déplacer,
- recherche d'une infirmière ou d'intervenants paramédicaux en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux ou des pharmacies,
- organisation d'un transport en ambulance sur prescription médicale depuis votre domicile vers un établissement de votre choix,
- conseil sur les démarches administratives et sociales liées à l'événement,
- en cas de nécessité, transmission de messages urgents à la famille.



En cas de nécessité de traitement médical de l'adhérent ou de son conjoint entraînant des séances de radiothérapie ou de chimiothérapie, en établissement hospitalier ou à domicile, AUXIA ASSISTANCE met à votre disposition pendant la durée du cycle du traitement, une aide ménagère dans la limite de 30 heures. Les garanties relatives à la prise en charge des enfants de moins de 16 ans et des ascendants leur sont également applicables.



ATTENTION

L'ensemble des déplacements est limité à la France métropolitaine. Les prestations à l'exception des informations médicales sont soumises à la condition d'une prescription médicale. Les frais qui en découlent (le coût des consultations et des médicaments, les frais de transport,...) ne sont pas pris en charge par la garantie d'assistance.

AUXIA ASSISTANCE est seule habilitée pour donner son appréciation sur le montant de prise en charge et se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties.

AUXIA ASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

Pour mettre en œuvre Malakoff Médéric Assistance, téléphonez au préalable au 0 825 347 348 (coût d'appel local).

Identifiez-vous grâce au n° 75 37 34 réservé aux adhérents de Malakoff Médéric Prévoyance.

VOS CONTACTS

Votre espace santé en ligne :
www.aonhewitt.fr/sante

Login : numéro d'adhérent qui figure sur votre carte de Tiers Payant et sur vos décomptes.

Mot de passe : il vous est envoyé par mail lors de votre première connexion.



Sur votre espace santé vous retrouvez :

- vos remboursements,
- vos informations personnelles (bénéficiaires, mot de passe...),
- les garanties de Vitali Santé,
- les partenaires Réseau Optique les plus proches de chez vous,
- les devis dentaire et optique,
- le formulaire de demande de prise en charge hospitalière,
- les contacts de votre centre de gestion Aon Hewitt à Angoulême,
- toutes informations utiles sur Vitali Santé

Par téléphone

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

Nos conseillers sont à votre disposition, pour répondre à toutes vos questions portant sur votre affiliation et sur vos garanties, ainsi qu'à vos demandes de prise en charge hospitalière et de devis.

N° Indigo 0 820 200 585

0,09 € TTC / MN

ou 05 45 38 50 76 ou numéro abrégé 10 210 depuis les sites du Groupe PSA Peugeot Citroën

Accédez 7j/7 à notre serveur vocal interactif

Pour consulter en temps réel vos derniers remboursements de soins, vous disposez d'un serveur vocal 7j/7, accessible avec votre numéro adhérent qui figure en haut à gauche de vos décomptes ou sur votre carte de Tiers Payant.

N° Indigo 0 820 222 820

0,09 € TTC / MN

Par fax

Pour toute demande liée aux affiliations, envoyez votre fax au **05 45 38 69 20**

Pour toute autre demande, envoyez-le au **05 45 38 30 82**

Par courrier

Pour toute demande de remboursement, merci d'adresser vos dossiers à :

**Aon Hewitt
Service Vitali Santé
28 allée de Bellevue
16918 - Angoulême Cedex 9**

Par e-mail

Vous pouvez nous contacter par e-mail pour toutes questions concernant :

- Votre affiliation,
- Vos garanties,
- Vos remboursements en cours,
- Vos remarques sur notre espace santé,
- Autre remarques ou questions,

soit en vous connectant sur votre espace santé (www.aonhewitt.fr/sante) : à partir de l'accueil vous rendre dans la rubrique "Contact" puis paragraphe "Par e-mail"

soit directement par la boîte e-mail dédiée **Vitalisante@aon.fr**

Alerte e-mail

Aon Hewitt vous propose de recevoir gratuitement sur votre adresse e-mail le détail de votre dernier remboursement.

Pour en savoir plus, connectez-vous sur votre espace santé : www.aonhewitt.fr/sante Rubrique "mon compte"

L'alerte e-mail met fin à l'envoi à votre domicile des décomptes papier.

LES DÉFINITIONS UTILES

■ 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.

■ PMSS

Plafond mensuel de la Sécurité sociale dont la valeur est fixée au 1^{er} janvier de chaque année par les pouvoirs publics (valeur au 01/01/2012 = 3031 €).

■ Frais réels ou dépenses engagées

Montant des frais médicaux qui ont été réellement réglés par l'assuré au professionnel de santé.

■ 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 ou non conventionnés.

■ Remboursement TM forfaitaire 18 €

Participation forfaitaire, prévue à l'article L.322-2-II du code de la Sécurité sociale, à votre charge pour certains actes ou consultations pris en charge par l'assurance maladie et réalisés par un médecin en ville ou dans un établissement de santé (à l'exclusion notamment des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale.

■ TA (Tarif d'Autorité)

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

■ TC (Tarif de Convention)

Base de remboursement du régime obligatoire établie entre la Sécurité sociale française (base Métropole) et les fédérations des différents praticiens pour un médecin conventionné.

■ TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité)

Base de remboursement du régime obligatoire calculée sur la base d'un tarif de référence applicable à certains médicaments, dont la liste est établie par arrêté ministériel.

■ TM (Ticket Modérateur)

Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion de la contribution forfaitaire et de la majoration de participation financière maintenues à votre charge.

■ TR (Tarif de Responsabilité)

Cela vise :

- le tarif convention si l'on parle de soins réalisés par un praticien conventionné,
- le tarif d'autorité si l'on parle de soins réalisés par un praticien non conventionné.

■ 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 coordonnés.

■ 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, conformément aux dispositions des articles 3 et 7 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 : une majoration du ticket modérateur sera effectuée.

■ Ostéopathie

Il s'agit d'un traitement manuel des troubles fonctionnels du corps humain.

■ Soins dentaires

Soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc..), et soins chirurgicaux (extraction, etc..).

■ Orthodontie

Traitement des malpositions des dents, en particulier chez les enfants.

■ Couronne dentaire

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

■ Inter de Bridge

Élément prothétique qui remplace une dent absente et qui est fixé de part et d'autre sur les dents adjacentes.

■ 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.

■ 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.

■ Scellement prophylactique des sillons

Prévention des caries.

Malakoff Médéric Prévoyance Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale
21 rue Laffitte 75009 Paris - Tel. 01 56 03 34 56 - Fax 01 56 03 45 67
Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Médéric - Siège social 21 rue Laffitte 75009 Paris
www.malakoffmederic.com

Aon Hewitt

Aon France : siège social | 31-35 rue de la Fédération | 75717 Paris Cedex 15

t +33(0)1 47 83 10 10 | f +33(0)1 47 83 11 11 | w aon.fr

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 Paris | 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

