



PSA
GROUPE



NOTICE D'INFORMATION

Ensemble du personnel
1^{er} janvier 2020

 **malakoff
humanis**

AON
Empower Results®

Votre complémentaire Vitali Santé

Votre employeur a souscrit auprès de Malakoff Humanis 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.

Les sociétés du groupe PSA AUTOMOBILES SA entrant dans le périmètre sont les suivantes :

- Peugeot SA
- PSA AUTOMOBILES SA
- Foncière Financière Participations (FFP)
- Ets Peugeot Frères (EPF)
- CE Peugeot Sochaux
- CE Peugeot Vesoul
- ASCAP
- CE Douvrin

Vitali Santé, la complémentaire santé du Groupe PSA AUTOMOBILES SA, 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 6.

Vitali Santé se compose de :

- Vitali Essentiel, lequel se compose d'un contrat d'assurance santé responsable et d'un contrat d'assurance santé surcomplémentaire non responsable, dont vous bénéficiez obligatoirement,
- L'extension au conjoint, dont la souscription facultative permet au conjoint de bénéficier de Vitali Essentiel,
- L'extension à l'enfant primo demandeur d'emploi de moins de 30 ans, à l'enfant de moins de 26 ans et à l'enfant de plus de 26 ans et de moins de 30 ans étudiant, dont la souscription facultative permet de bénéficier de Vitali Essentiel,
- L'Option non responsable facultative permettant de compléter la couverture Vitali Essentiel.

La gestion de vos garanties est confiée à Aon, 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.

Table des matières

Votre complémentaire Vitali Santé	2
Qui peut bénéficier de Vitali Santé ?	4
Qui peut être dispensé d'affiliation ?	4
Comment vous affilier ?	4
Quand prennent effet les garanties ?	6
Dans quels cas les garanties peuvent-elles être maintenues ?	6
Quand cessent vos garanties ?	7
Comment est définie la cotisation vitali essentiel ?	7
Quels sont les frais remboursés ?	8
Les définitions utiles	10
La réforme du 100% santé	11
Les garanties Vitali Santé	12
Exemples de remboursements « 100 % santé »	22
Comment obtenir vos remboursements ?	26
Les généralités du contrat	27
Les services	29
Vos contacts Aon Vitali	31

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 Humanis 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 définis ci-après.

Bénéficiaires de Vitali Santé

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

- votre conjoint si le niveau de revenu fiscal du foyer est inférieur ou égal au plafond de ressources déterminant l'accès à la protection complémentaire CSS sans participation financière (ex CMU-C),
- toute autre personne (hors conjoint, concubin ou partenaire pacsé) vivant avec vous depuis plus de douze mois consécutifs, à charge au sens fiscal,
- vos enfants, ceux de votre conjoint, de votre partenaire pacsé ou de votre concubin (sous réserve que votre conjoint soit adhérent à Vitali Extension) :
 - de moins de 18 ans, considérés comme ayants droit par la Sécurité sociale
 - ou âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans, 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 L 541-1 et L 821-1 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.

Les enfants nés viables postérieurement à votre décès et dont la filiation avec vous est établie, sont assimilés à vos enfants à charge.

Qui peut être dispensé d'affiliation ?

Votre affiliation est obligatoire, sauf cas de dispenses prévues par la réglementation sociale en vigueur et celles conformes dans l'accord d'entreprise reprises ci-dessous :

- 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.

Comment vous affilier ?

Vitali Essentiel

Vous devez compléter et adresser à Aon le Bulletin Individuel d'Affiliation et y joindre :

- **Pour vous-même,**
- **Votre conjoint (revenu fiscal du foyer < ou = au plafond CSS sans participation financière (ex CMU-C)),**
- **Vos enfants à charge Sécurité sociale,**
 - la copie de votre attestation papier jointe à la Carte Vitale,
- **Toute autre personne vivant depuis plus de 12 mois avec vous, à charge au sens fiscal,**
 - la copie de votre attestation papier jointe à la Carte Vitale mentionnant l'ensemble de vos ayants droit à charge 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,
 - le dernier avis d'imposition où figure la personne à charge au sens fiscal.
- **Pour vos enfants à charge,**
 - la photocopie de l'attestation papier jointe à la Carte Vitale de son régime de Sécurité sociale, pour les enfants âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans, étudiant ou en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - la photocopie du certificat de scolarité, contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - pour votre enfant handicapé avant 18 ans (ou 26 ans s'il poursuit des études) et percevant l'allocation d'éducation pour enfant handicapé prévue à l'article L 541-1 du code de la Sécurité sociale ou l'allocation d'adulte handicapé prévue à l'article L 821-1 de ce code, une copie du document lui accordant cette allocation.

Pour procéder à l'affiliation d'un enfant venant de naître, vous devez faire parvenir à Aon la copie de l'attestation papier jointe à la Carte Vitale du salarié sur laquelle figure l'enfant.

Possibilité d'extension à Vitali Essentiel

La souscription à cette extension permet à votre conjoint (à l'exception du conjoint exonéré de cotisations s'il remplit les critères de revenu de la CSS sans participation financière (ex CMU-C)) et/ou à votre (vos) enfant(s) primo demandeur d'emploi de moins de 30 ans, et/ou à votre (vos) enfant(s) âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans non étudiant(s) ou non apprenti(s) et à votre (vos) enfant(s) de plus de 26 ans et de moins de 30 ans étudiant(s), de bénéficier de Vitali Essentiel (complémentaire obligatoire responsable et surcomplémentaire obligatoire non responsable) sans participation employeur.

Pour ce faire, vous devez :

→ **Pour votre conjoint (à l'exception du conjoint exonéré de cotisations s'il remplit les critères de revenu de la CSS sans participation financière (ex CMU-C))**

- l'inscrire sur le bulletin individuel d'affiliation à l'extension du conjoint en faisant figurer son propre numéro de Sécurité sociale,
- joindre la copie de l'attestation papier jointe à sa Carte Vitale,
- le certificat de concubinage ou attestation sur l'honneur accompagné du justificatif de domicile aux deux noms ou une copie de l'enregistrement de la déclaration de PACS,
- adresser un mandat de prélèvement accompagné du relevé d'identité bancaire.

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

L'adhésion du conjoint prendra effet rétroactivement à la date d'adhésion du salarié tant pour le paiement des cotisations que pour le versement des prestations.

→ **Pour l'enfant se trouvant dans l'une des situations énoncées**

- joindre un justificatif de première inscription au Pôle Emploi,
- et joindre le justificatif mensuel d'actualisation Pôle Emploi,
- adresser un mandat de prélèvement, accompagné du Relevé d'Identité Bancaire,
- envoyer la photocopie de l'attestation papier jointe à la Carte Vitale ou joindre un certificat de scolarité ou une copie du contrat d'apprentissage ainsi qu'une attestation certifiant que votre enfant est entièrement à votre charge ou que ses ressources sont inférieures au SMIC.

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 5 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.

Conjoints : 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 ledit évènement. A l'expiration de cette période, les délais d'attente détaillés ci-dessous s'appliquent.

Conjoint exonéré de cotisation s'ils remplissent les critères de revenu de la CSS sans participation financière (ex 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'impôt). Elle sera reconduite chaque année, tant que les conditions seront remplies. Pour ce faire, vous devez adresser à Aon 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 date d'adhésion 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 d'adhésion sans délai d'attente.

Délais d'attente pour les adhérents à l'extension à Vitali Essentiel

En cas de souscription après expiration du délai de 2 mois, des délais d'attente s'appliquent à compter de la date d'adhésion 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.

Quand prennent effet les garanties ?

- **Pour vous. Les garanties prennent effet :**
 - à la date d'effet du contrat lorsque vous appartenez à la catégorie de personnel assurée à cette date,
 - à la date d'entrée dans la catégorie de personnel assurée (embauche), postérieurement à la souscription.
- **Pour vos ayants droit dans le cadre de la structure isolé/famille. Les garanties prennent effet à la même date que vous si à cette date, l'ayant droit remplit les conditions nécessaires pour être ayant droit.**

Dans le cas contraire, les garanties prendront effet :

 - au jour de l'événement permettant à l'ayant droit de remplir les conditions nécessaires, ou,
 - au lendemain de sa radiation auprès de son précédent assureur.

Ces dispositions s'appliquent à condition que la demande soit transmise dans les deux mois qui suivent l'événement ou la radiation, par l'envoi du bulletin d'affiliation. L'adhésion sera rétroactive au lendemain de l'événement.

Si ce délai de deux mois n'était pas respecté, les garanties prendront effet le premier jour du mois civil suivant la demande d'affiliation, avec application des délais d'attente décrits page 5.

→ Pour l'Extension

La souscription à cette extension permet à votre conjoint (à l'exception du conjoint exonéré de cotisations s'il remplit les critères de revenu de la CSS sans participation financière (ex CMU-C)) et/ou à votre ou vos enfant(s) de moins de 30 ans primo demandeur d'emploi et/ou à votre ou vos enfant(s) de moins de 26 ans et/ou à votre ou vos enfant(s) de plus de 26 ans et de moins de 30 ans étudiants, de bénéficier de Vitali Essentiel et surcomplémentaire obligatoire sans participation employeur.

Si la demande d'affiliation de l'ayant droit se trouvant dans l'une des situations décrites ci-dessus, est faite dans les deux mois qui suivent votre affiliation, les garanties prennent effet à la même date que les vôtres.

Si l'ayant droit se trouve dans l'une des situations décrites ci-dessus postérieurement à la date de votre affiliation, il pourra bénéficier des garanties au jour de l'événement qui y donne naissance. Il devra alors adresser sa demande d'affiliation dans les deux mois.

En cas de maintien des garanties au titre de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale (créé par la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi) à la date d'effet du contrat.

Vous et vos ayants droit couverts précédemment au titre de la portabilité (quel que soit l'organisme assureur), pouvez bénéficier des garanties du contrat si vous continuez à remplir les conditions nécessaires, et sous réserve du paiement des cotisations correspondantes.

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 la portabilité

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 bénéficiez du maintien de vos garanties. Ce maintien est également accordé à vos ayants droit déclarés, qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de la cessation de votre contrat de travail. 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 œuvre. Vous avez un délai de réflexion de 15 jours pour renoncer à ce maintien.

La durée du maintien des garanties est égale à celle de l'indemnisation chômage, dans la limite de la durée de votre dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers arrondis au nombre supérieur, dans la limite de douze mois. Les garanties maintenues sont identiques à celles définies dans le contrat des actifs pour la catégorie de population assurée à laquelle vous apparteniez. Les garanties maintenues s'entendent comme celles qui vous étaient appliquées y compris celles correspondant aux garanties optionnelles. En cas de modification du contrat d'assurance vous et vos ayants droit 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 douze 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.

Pour bénéficier du maintien des garanties, vous devez adresser à Aon vos justificatifs mensuels de Pôle emploi. Le maintien des droits au régime frais de santé est assuré sans contrepartie de cotisations pour vous.

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. L'adhésion prendra effet le lendemain de la demande.

Dans le cas particulier de la portabilité, le point de départ du délai de six mois est reporté à la date à laquelle le bénéficiaire 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.

La tarification des nouvelles adhésions relevant de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 s'effectue depuis le 1^{er} juillet 2017 selon un échelonnement prévu par ce texte et ses décrets d'application.

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 maintien précité,
- 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 Automobiles SA 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 4 pour être définis comme ayants droit, ou à la date à laquelle leur radiation est demandée.

La radiation volontaire de votre conjoint 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). La demande écrite devra être adressée à Aon avant le 10 du mois en cours pour une radiation effective en fin de mois. Au-delà de cette date, la radiation sera prise en compte à la fin du mois suivant.

Par ailleurs, à votre décès, vos ayants droit bénéficient du maintien des garanties du contrat Vitali Essentiel, jusqu'à la fin du mois suivant le mois de votre décès, sans contrepartie de cotisation.

Comment est définie la cotisation 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 possède sa propre couverture et vous n'avez pas d'enfant au foyer,
- vos enfants sont couverts et sont ayants droit à titre obligatoire, par la complémentaire santé obligatoire de votre conjoint (au titre d'une cotisation unique famille),

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, si les enfants sont inscrits sur les 2 attestations Sécurité sociale. Sinon, c'est le parent sous lequel l'enfant est rattaché au sens de la Sécurité sociale qui devra s'acquitter de la cotisation 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 prescrits 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 peuvent 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 et de la couverture minimale

Les garanties respectent les obligations minimales et maximales légales et réglementaires de prise en charge conformément aux dispositions du contrat responsable prévues aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale et de la couverture minimale prévue aux articles L 911-7 et D 911-1 de ce même code.

Ainsi, les garanties assurent obligatoirement :

- la prise en charge du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale, à l'exception des frais de cures thermales, des médicaments remboursés à 30 % et à 15 % et de l'homéopathie. Il couvre notamment à hauteur du ticket modérateur l'ensemble des actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale,
- la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R 322-8 I du Code de la Sécurité sociale,
- la prise en charge intégrale du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée,
- la prise en charge des frais dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale dans le respect du plancher de remboursement prévu par la réglementation et dans la limite des honoraires limites de facturation et des plafonds de remboursement,
- la prise en charge des équipements optiques, dans le respect de planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation,
- la prise en charge des équipements en audiologie dans le respect de planchers et plafonds de remboursements prévus par la réglementation.

La prise en charge d'un équipement optique est composée d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.

La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge au titre de vos garanties. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1^{er} élément de l'équipement (monture ou verres).

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R 165-1 du Code de la Sécurité sociale.

Le contrat prévoit le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale médicale mentionnée à l'article L 162-5 du Code de la Sécurité sociale, il respecte les plafonds de prise en charge prévus par la réglementation.

Toutefois, les garanties ne prennent pas en charge :

- la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale,
- la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) en dehors des cas

- d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités,
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).



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.

→ Frais réels ou dépenses engagées

Montant des frais médicaux qui a été réellement réglé 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 (on parle alors de tarif de convention - TC) ou non conventionnés (on parle alors de tarif d'autorité - TA).

→ Remboursement TM forfaitaire 20 €

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.

→ 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.

→ DPTAM - Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévues par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisée (OTPAM-OPTAMCO).

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

- Médecin adhérent à un DPTAM : la base de remboursement tarifaire est de 30 €.
- Médecin non adhérent à un DPTAM : la base de remboursement tarifaire sera de 23 €.

→ 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

La pose d'un implant se fait généralement en deux ou trois étapes : Dans un premier temps le dentiste pose l'implant racine dans la bouche. L'implant est ensuite enfoui dans la gencive pour une durée de trois à six mois pour s'intégrer à l'os (phase d'ostéointégration). Puis vient la phase prothétique avec la pose de la couronne. Enfin, lors de visites de suivi, le denturologiste peut procéder à quelques ajustements pour le confort du patient.

→ **Scellement prophylactique des sillons**

Prévention des caries.

→ **Inlay, Onlay**

Reconstitution d'une partie de la dent en incrustation (inlay) ou en superposition (onlay).

→ **Inlay-core**

Faux moignon ancré dans la racine de la dent par un tenon, qui va servir d'ancrage à la couronne.

→ **MR**

Montant remboursé par la Sécurité sociale.

→ **PLV**

Prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspondant au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut d'un prix limite de vente, el prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

→ **HLF**

Honoraire limite de facturation : montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLF tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

La réforme du 100% santé

Zéro Reste à charge

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

→ **Optique**

→ **Dentaire**

→ **Audiologie**

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

- Au 1^{er} janvier 2020 en optique et dentaire (en partie).
- Au 1^{er} janvier 2021 en optique, dentaire et audiologie.

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

Un Panier 100% santé

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

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

Un Panier HORS 100% santé

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

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

100% santé... En pratique

Au 1^{er} janvier 2020, les professionnels de santé ont l'obligation de vous proposer les soins et équipements disponibles dans le panier 100% santé.

→ **Optique**

Votre opticien a l'obligation de vous présenter un devis « panier 100% santé » c'est-à-dire :

- Une monture de lunettes qui respecte les normes européennes et le prix maximum de 30 €.
- Des verres traitant l'ensemble des troubles visuels. Les verres seront conformes au traitement anti-rayures, anti-UV, anti-reflets. Les verres pourront être amincis en fonction du trouble.

→ **Dentaire**

Votre dentiste a l'obligation de vous proposer la solution la plus adaptée. Pour ce faire, il doit établir un devis comportant notamment la description précise et détaillée du traitement envisagé et les matériaux utilisés ainsi que le montant des honoraires correspondant au traitement envisagé.

→ **Audiologie**

A compter du 1^{er} janvier 2021, votre audioprothésiste doit vous proposer un devis « panier 100% santé » et vous aider à choisir la solution la plus adaptée à vos besoins et vos attentes.

Les garanties Vitali Santé

Vitali Santé se compose de :

- **Vitali Essentiel, complémentaire obligatoire responsable (voir pages 10 à 15),**
- **Vitali Essentiel, surcomplémentaire obligatoire non responsable (voir pages 10 à 15),**
- **L'Option non responsable (voir pages 16 à 19).**

Garanties Vitali Essentiel obligatoire

(Garanties responsables et non responsables)

Régime Général

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

Nature des soins	Pour information		Vos garanties obligatoires	
	Régime de base responsable obligatoire VITALI ESSENTIEL		Régime surcomplémentaire obligatoire non responsable (y compris le régime de base)	
	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
→ Hospitalisation médicale et chirurgicale SANS maternité				
✓ Forfait journalier hospitalier	100% FR		100% FR	
Honoraires				
✓ Médicaux et chirurgicaux d'un médecin adhérent à un DPTAM	300% BR		300% BR	
✓ Médicaux et chirurgicaux d'un médecin non adhérent à un DPTAM	TM + 100% BR		300% BR	
✓ Frais de séjour	300% BR		300% BR	
✓ Chambre particulière	3% PMSS/jour		3% PMSS/jour	
✓ Frais d'accompagnant d'un enfant à charge de moins de 12 ans	1.5% PMSS/jour		1.5% PMSS/jour	
→ Soins courants				
Honoraires médicaux				
✓ Consultation/Visites Généraliste d'un médecin adhérent à un DPTAM	100% BR		100% BR	
✓ Consultation/Visites Généraliste d'un médecin non adhérent à un DPTAM	80% BR		80% BR	
✓ Consultation/Visites Spécialiste d'un médecin adhérent à un DPTAM	130% BR (200% BR Professeurs)		130% BR (200% BR Professeurs)	
✓ Consultation/Visites Spécialiste d'un médecin non adhérent à un DPTAM	110% BR avec dépassements limités à 100% BR (TM + 100% BR Professeurs)		110% BR avec dépassements limités à 100% BR (TM + 100% BR Professeurs)	
✓ Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin adhérent à un DPTAM	100% BR		100% BR	
✓ Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin non adhérent à un DPTAM	80% BR		80% BR	
✓ Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à un DPTAM	100% BR		100% BR	
✓ Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à un DPTAM	80% BR		80% BR	
Analyses et examens de laboratoire	100% BR		100% BR	
Honoraires paramédicaux				
✓ Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	100% BR		100% BR	
Médicaments				
✓ Prescrits et pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM		100% TM	
Matériel médical				
✓ Appareillage (hors optique, dentaire et aide auditive)	200% BR		200% BR	
Autres soins				
✓ Frais de transport	100% TM		100% TM	
✓ Médecine douce : ostéopathie	Néant		Néant	
✓ Sevrage tabagique	Néant		Néant	
✓ Ostéodensitométrie	100% BR		100% BR	
✓ Cures thermales prises en charge ou non par Sécurité sociale (frais de traitement, honoraires, voyage et hébergement)	10% PMSS sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés		10% PMSS sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés	
→ Actes de prévention				
✓ Pris en charge par la Sécurité sociale	<p>L'ensemble des actes de prévention listés à l'arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent au minimum à 100% du ticket modérateur</p> <p>Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 séances</p> <p>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</p>			

Régime Général

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

Pour information		Vos garanties obligatoires
Nature des soins	Régime de base responsable obligatoire VITALI ESSENTIEL	Régime surcomplémentaire obligatoire non responsable (y compris le régime de base)

→ Optique

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans (sauf en cas de bris de verres ou de monture) suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

Équipements 100% santé (Classe A) (*)	Monture et Verres : 100 % PLV* moins MR*	Monture et Verres : 100 % PLV* moins MR*
(*) Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appariement pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que défini au 2ème alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).		

Équipements hors 100% santé (Classe B)

	Réseau Kalixia (3) (4)	Hors réseau Kalixia (3) (4)	Réseau Kalixia (3) (4)	Hors réseau Kalixia (3) (4)
✓ Monture	100 € - MR		100 €	
✓ Verres	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable	Classe A : 75 € / verre Classe C : 200 € / verre Classe F : 250 € / verre	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable	Classe A : 75 € / verre Classe C : 200 € / verre Classe F : 250 € / verre
Autres postes optique				
✓ Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale	6% PMSS / paire ou 13% PMSS / paire si correction > 10 dioptries		6% PMSS / paire ou 13% PMSS / paire si correction > 10 dioptries	
✓ Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale	6% PMSS / paire (jetables : 6% PMSS / an / bénéficiaire)		6% PMSS / paire (jetables : 6% PMSS / an / bénéficiaire)	
✓ Lentilles jetables	6% PMSS / an / bénéficiaire		6% PMSS / an / bénéficiaire	
✓ Chirurgie de l'œil	8% PMSS / œil		8% PMSS / œil	

→ Dentaire

Soins et prothèses 100% Santé (*) (2)	100% HLF moins MR	100% HLF moins MR
(*) Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente - PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).		

Soins et prothèses hors 100% Santé

✓ Soins	200% BR	200% BR
✓ Scellement prophylactique des sillons (enfant de moins de 14 ans - 1 fois par dent - 1 ^{ère} et 2 ^{ème} molaires permanentes)	200% BR	200% BR
Prothèses dentaires		
Limitation prothèses dentaires et implants : 1800 € / an / bénéficiaire. Au delà du forfait, minimum TM + 25% BR pour les prothèses remboursées par la SS		
✓ Prises en charge par la Sécurité sociale (y compris couronnes transitoires) (1)	300% BR	300% BR
✓ Non Prises en charge par la Sécurité sociale Inlay core et couronne ou pilier	Inlay core : 368 € / Couronne et Pilier : 322.50 €	Inlay core : 368 € / Couronne et Pilier : 322.50 €
Autres actes dentaires		
✓ Implant non pris en charge par la SS	Phase chirurgicale : 16.5% PMSS Pose pilier et couronne sur implant : 8.5% PMSS	Phase chirurgicale : 16.5% PMSS Pose pilier et couronne sur implant : 8.5% PMSS
✓ Parodontologie non prise en charge par la SS	250€ par an/bénéficiaire	250€ par an/bénéficiaire
✓ Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (1)	200% BR	200% BR
✓ Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	200% BR (jusqu'à 18 ans)	200% BR (jusqu'à 18 ans)
✓ Supplément inter de bridge remboursé par la Sécurité sociale	129 € par inter	129 € par inter

→ Aides auditives

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Équipements 100% santé (Classe 1) (*) (2)	
✓ Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2020	Se référer à la prise en charge de la classe 2 dans la limite des PLV de la classe 1
✓ À compter de 2021 : Audioprothèse (Limite par aide auditive)	100% PLV moins MR

(*) Équipements 100 % Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR)

Équipements hors 100% santé (Classe 2)

✓ Audioprothèse prise en charge ou non par la Sécurité sociale (limite par aide auditive)	200% BR par oreille avec un maximum de 1700 € moins MR (hors accessoires) à compter du 01/01/2021
✓ Accessoires : Piles, entretien pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM

Régime Général

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

Nature des soins	Pour information		Vos garanties obligatoires
	Régime de base responsable obligatoire VITALI ESSENTIEL		Régime surcomplémentaire obligatoire non responsable (y compris le régime de base)
→ Maternité			
Honoraires chirurgie (césarienne) d'un médecin adhérent à un DPTAM	300% BR		300% BR
Honoraires chirurgie (césarienne) d'un médecin non adhérent à un DPTAM	TM + 100% BR		TM + 100% BR
Honoraires péridurale d'un médecin adhérent à un DPTAM	100% BR		100% BR
Honoraires péridurale d'un médecin non adhérent à un DPTAM	80% BR		80% BR
Chambre particulière	3,5% PMSS / jour (max 5 jours)		3,5% PMSS / jour (max 5 jours)
Frais de séjour	300% BR		300% BR

DPTAM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2. PMSS = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement. TM = Ticket Modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1€ et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux. MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale. FR = Frais Réels. BR - MR = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale. PLV = Prix Limite de Vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré sociale. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale. HLF = Honoraire Limite de Facturation (HLF) : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLF tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

(1) Pour les contrats complémentaires santé collectifs obligatoires, les garanties couvrent a minima le TM sur les actes concernés, avec en complément une prise en charge minimale de 25 % des dépassements sur les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale. Cette règle s'applique également en cas de dépassement du plafond annuel pour les garanties qui y seraient soumises.

(2) Dans la limite des frais réellement engagés

(3) Pour bénéficier des majorations dans le réseau optique, les assurés et les ayants droit doivent avoir recours au tiers payant. Les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulables. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées au tableau de prestations.

(4) Les prestations dans le réseau KALIXIA et hors réseau ne sont pas cumulatives. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée a minima au ticket modérateur.

Garanties Vitali Essentiel obligatoire

(Garanties responsables et non responsables)

Régime Alsace Moselle

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

Nature des soins	Pour information		Vos garanties obligatoires	
	Régime de base responsable obligatoire VITALI ESSENTIEL		Régime surcomplémentaire obligatoire non responsable (y compris le régime de base)	
	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
→ Hospitalisation médicale et chirurgicale SANS maternité				
✓ Forfait journalier hospitalier		100% FR		100% FR
Honoraires				
✓ Médicaux et chirurgicaux d'un médecin adhérent à un DPTAM		300% BR		300% BR
✓ Médicaux et chirurgicaux d'un médecin non adhérent à un DPTAM		TM + 100% BR		300% BR
✓ Frais de séjour		300% BR		300% BR
✓ Chambre particulière		3% PMSS/jour		3% PMSS/jour
✓ Frais d'accompagnant d'un enfant à charge de moins de 12 ans		1.5% PMSS/jour		1.5% PMSS/jour

→ Soins courants

Honoraires médicaux				
✓ Consultation/Visites Généraliste d'un médecin adhérent à un DPTAM		80% BR		80% BR
✓ Consultation/Visites Généraliste d'un médecin non adhérent à un DPTAM		60% BR		60% BR
✓ Consultation/Visites Spécialiste d'un médecin adhérent à un DPTAM		110% BR (180% BR Professeurs)		110% BR (180% BR Professeurs)
✓ Consultation/Visites Spécialiste d'un médecin non adhérent à un DPTAM		90% BR avec dépassements limités à 100% BR (TM + 100% BR Professeurs)		90% BR avec dépassements limités à 100% BR (TM + 100% BR Professeurs)
✓ Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin adhérent à un DPTAM		80% BR		80% BR
✓ Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin non adhérent à un DPTAM		60% BR		60% BR
✓ Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à un DPTAM		80% BR		80% BR
✓ Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à un DPTAM		60% BR		60% BR
Analyses et examens de laboratoire		70% BR		70% BR
Honoraires paramédicaux				
✓ Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues		70% BR		70% BR
Médicaments				
✓ Prescrits et pris en charge par la Sécurité sociale		100% TM		100% TM
Matériel médical				
✓ Appareillage (hors optique, dentaire et aide auditive)		170% BR		170% BR
Autres soins				
✓ Frais de transport		100% TM		100% TM
✓ Médecine douce : ostéopathie		Néant		Néant
✓ Sevrage tabagique		Néant		Néant
✓ Ostéodensitométrie		80% BR		80% BR
✓ Cures thermales prises en charge ou non par Sécurité sociale (frais de traitement, honoraires, voyage et hébergement)		10% PMSS sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés		10% PMSS sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés

→ Actes de prévention

✓ Pris en charge par la Sécurité sociale	Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 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
	L'ensemble des actes de prévention listés à l'arrêt du 8 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent au minimum à 100% du ticket modérateur

→ Optique

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans (sauf en cas de bris de verres ou de monture) suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

Équipements 100% santé (Classe A) (*)	Monture et Verres : 100 % PLV* moins MR*	Monture et Verres : 100 % PLV* moins MR*
(*) Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appareillage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que défini au 2ème alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).		

Régime Alsace Moselle

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

		Pour information		Vos garanties obligatoires	
Nature des soins	Régime de base responsable obligatoire VITALI ESSENTIEL		Régime surcomplémentaire obligatoire non responsable (y compris le régime de base)		
→ Optique					
Équipements hors 100% santé (Classe B)					
	Réseau Kalixia ^{(3) (4)}	Hors réseau Kalixia ^{(3) (4)}		Réseau Kalixia ^{(3) (4)}	Hors réseau Kalixia ^{(3) (4)}
✓ Monture	100 € - MR		100 €		
✓ Verres	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable	Classe A : 75 € / verre Classe C : 200 € / verre Classe F : 250 € / verre	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable	Classe A : 75 € / verre Classe C : 200 € / verre Classe F : 250 € / verre	
Autres postes optique					
✓ Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale	6% PMSS / paire ou 13% PMSS / paire si correction > 10 dioptries		6% PMSS / paire ou 13% PMSS / paire si correction > 10 dioptries		
✓ Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale	6% PMSS / paire (jetables : 6% PMSS / an / bénéficiaire)		6% PMSS / paire (jetables : 6% PMSS / an / bénéficiaire)		
✓ Lentilles jetables	6% PMSS / an / bénéficiaire		6% PMSS / an / bénéficiaire		
✓ Chirurgie de l'œil	8% PMSS / œil		8% PMSS / œil		
→ Dentaire					
Soins et prothèses 100% Santé ^{(*) (2)}		100% HLF moins MR		100% HLF moins MR	
<i>(*) Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).</i>					
Soins et prothèses hors 100% Santé					
✓ Soins	180% BR		180% BR		
Scellement prophylactique des sillons (enfant de moins de 14 ans - 1 fois par dent - 1 ^{ère} et 2 ^{ème} molaires permanentes)	180% BR		180% BR		
Prothèses dentaires					
Limitation prothèses dentaires et implants : 1800 € / an / bénéficiaire. Au delà du forfait, minimum TM + 25% BR pour les prothèses remboursées par la SS					
✓ Prises en charge par la Sécurité sociale (y compris couronnes transitoires) ⁽¹⁾	280% BR		280% BR		
✓ Non Prises en charge par la Sécurité sociale Inlay core et couronne ou pilier	Inlay core : 368 € / Couronne et Pilier : 322.50 €		Inlay core : 368 € / Couronne et Pilier : 322.50 €		
Autres actes dentaires					
✓ Implant non pris en charge par la SS	Phase chirurgicale : 16.5% PMSS Pose pilier et couronne sur implant : 8.5% PMSS		Phase chirurgicale : 16.5% PMSS Pose pilier et couronne sur implant : 8.5% PMSS		
✓ Parodontologie non prise en charge par la SS	250€ par an/bénéficiaire		250€ par an/bénéficiaire		
✓ Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	200% BR		200% BR		
✓ Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	200% BR (jusqu'à 18 ans)		200% BR (jusqu'à 18 ans)		
✓ Supplément inter de bridge remboursé par la Sécurité sociale	129 € par inter		129 € par inter		
→ Aides auditives					
Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.					
Équipements 100% santé (Classe 1) ^{(*) (2)}					
✓ Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2020	Se référer à la prise en charge de la classe 2 dans la limite des PLV de la classe 1				
✓ À compter de 2021 : Audioprothèse (Limite par aide auditive)	100% PLV moins MR				
<i>(*) Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR)</i>					
Équipements hors 100% santé (Classe 2)					
✓ Audioprothèse (Limite par aide auditive)	Remboursée par la SS : 170% BR - Non remboursée par la SS : 200% BR Maximum de 1700 € moins MR (hors accessoires) à compter du 01/01/2021				
✓ Accessoires : Piles, entretien pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM				

Régime Alsace Moselle

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

Nature des soins	Pour information		Vos garanties obligatoires
	Régime de base responsable obligatoire VITALI ESSENTIEL		Régime surcomplémentaire obligatoire non responsable (y compris le régime de base)
→ Maternité			
Honoraires chirurgie (césarienne) d'un médecin adhérent à un DPTAM	300% BR		300% BR
Honoraires chirurgie (césarienne) d'un médecin non adhérent à un DPTAM	TM + 100% BR		TM + 100% BR
Honoraires péridurale d'un médecin adhérent à un DPTAM	100% BR		100% BR
Honoraires péridurale d'un médecin non adhérent à un DPTAM	80% BR		80% BR
Chambre particulière	3,5% PMSS / jour (max 5 jours)		3,5% PMSS / jour (max 5 jours)
Frais de séjour	300% BR		300% BR

DPTAM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2. PMSS = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement. TM = Ticket Modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1€ et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux. MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale. FR = Frais Réels. BR - MR = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale. PLV = Prix Limite de Vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré sociale. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale. HLF = Honoraire Limite de Facturation (HLF) : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLF tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

(1) Pour les contrats complémentaires santé collectifs obligatoires, les garanties couvrent a minima le TM sur les actes concernés, avec en complément une prise en charge minimale de 25 % des dépassements sur les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale. Cette règle s'applique également en cas de dépassement du plafond annuel pour les garanties qui y seraient soumises.

(2) Dans la limite des frais réellement engagés

(3) Pour bénéficier des majorations dans le réseau optique, les assurés et les ayants droit doivent avoir recours au tiers payant. Les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulables. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées au tableau de prestations.

(4) Les prestations dans le réseau KALIXIA et hors réseau ne sont pas cumulatives. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée a minima au ticket modérateur.

L'Option (non responsable)

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 5 du mois pour le mois en cours.

Vous devez effectuer cette demande dans les deux mois qui suivent votre affiliation à Vitali Essentiel. L'adhésion prendra effet à la même date que votre adhésion au contrat Vitali Essentiel.

Passé ce délai, vous ne pourrez souscrire qu'à compter :

- du jour de changement de situation familiale (mariage, divorce, conclusion ou dissolution d'un PACS, début et fin de concubinage, naissance, décès d'un ayant droit...) sous réserve que le bulletin individuel d'affiliation nous parvienne dans les deux mois suivant l'événement.
- dans tous les autres cas, au 1er janvier de chaque période triennale sous réserve que la demande nous parvienne au plus tard le 31 décembre de l'exercice précédent.

Vous avez la possibilité de demander votre radiation volontaire après une période de douze mois à compter de votre souscription à l'Option (sauf dispositions prévues au paragraphe « dénonciation volontaire » ci-après). Dans ce cas, toute nouvelle demande de souscription sera fermée pour la partie des trois ans restant à courir ainsi que pour la période triennale suivante, sauf changement de situation de famille, à condition que la nouvelle adhésion soit reçue par les services Aon dans les 2 mois qui suivent l'événement. Pour toute demande faite avant le 10 du mois, la radiation est effective en fin de mois. Pour toute demande faite après le 10 du mois, la radiation est effective à la fin du mois suivant.

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.

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.

Faculté de renonciation à l'Option

Vous pouvez renoncer à l'Option, dans un délai de quinze jours calendaires révolus à compter de votre adhésion.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception adressée à AON suivant le modèle suivant :

« je soussigné(e)... ayant le numéro de Sécurité sociale ... , déclare vouloir renoncer à la souscription au contrat collectif à adhésion facultative « Option » frais de santé n°..., ayant pris effet le, et demande le remboursement de la cotisation déjà versée ».

Le remboursement intégral de la cotisation versée sera effectué dans les 30 jours suivant notre réception du courrier. Toutefois, si des prestations ont été accordées, les sommes que vous avez perçues devront être restituées préalablement et intégralement.

Votre renonciation est définitive pour la période triennale considérée, pour vous et vos ayants droit.



Garanties Vitali Option non responsable facultative

(cumul des garanties responsables et non responsables) + option (non responsable)

Option (y compris les régimes obligatoires)

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

Nature des soins	Régime Général		Régime Alsace Moselle	
	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
→ Hospitalisation médicale et chirurgicale SANS maternité				
✓ Forfait journalier hospitalier		100% FR		100% FR
Honoraires				
✓ Médicaux et chirurgicaux d'un médecin adhérent à un DPTAM		400% BR		400% BR
✓ Médicaux et chirurgicaux d'un médecin non adhérent à un DPTAM		400% BR		400% BR
✓ Frais de séjour		400% BR		400% BR
✓ Chambre particulière		5% PMSS/jour		5% PMSS/jour
✓ Frais d'accompagnant d'un enfant à charge de moins de 12 ans		2.5% PMSS/jour		2.5% PMSS/jour
→ Soins courants				
Honoraires médicaux				
✓ Consultation/Visites Généraliste d'un médecin adhérent à un DPTAM		200% BR		180% BR
✓ Consultation/Visites Généraliste d'un médecin non adhérent à un DPTAM		200% BR		180% BR
✓ Consultation/Visites Spécialiste d'un médecin adhérent à un DPTAM		250% BR		230% BR
✓ Consultation/Visites Spécialiste d'un médecin non adhérent à un DPTAM		250% BR		230% BR
✓ Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin adhérent à un DPTAM		200% BR		180% BR
✓ Actes d'imagerie (radiologie, échographie...) d'un médecin non adhérent à un DPTAM		200% BR		180% BR
✓ Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à un DPTAM		200% BR		180% BR
✓ Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à un DPTAM		200% BR		180% BR
Analyses et examens de laboratoire		200% BR		170% BR
Honoraires paramédicaux				
✓ Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues		200% BR		170% BR
Médicaments				
✓ Prescrits et pris en charge par la Sécurité sociale		100% TM		100% TM
Matériel médical				
✓ Appareillage (hors optique, dentaire et aide auditive)		400% BR		370% BR
Autres soins				
✓ Frais de transport		100% TM		100% TM
✓ Médecine douce : ostéopathie ⁽⁶⁾		1,5% PMSS par séance (max 2 séances / an / bénéficiaire)		1,5% PMSS par séance (max 2 séances / an / bénéficiaire)
✓ Sevrage tabagique ⁽⁶⁾		100 € / an / bénéficiaire		100 € / an / bénéficiaire
✓ Ostéodensitométrie		200% BR		180% BR
✓ Cures thermales prises en charge ou non par Sécurité sociale (frais de traitement, honoraires, voyage et hébergement)		17% PMSS sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés		17% PMSS sur présentation des factures acquittées limité aux frais engagés
→ Actes de prévention				
✓ Pris en charge par la Sécurité sociale	L'ensemble des actes de prévention listés à l'arrêt du 8 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent au minimum à 100% du ticket modérateur Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 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% BR			
→ Optique				
Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans (sauf en cas de bris de verres ou de monture) suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.				
Équipements 100% santé (Classe A) (*)	Monture et Verres : 100 % PLV* moins MR*		Monture et Verres : 100 % PLV* moins MR*	
(*) Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appariage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que défini au 2ème alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).				

Option (y compris les régimes obligatoires)

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

Nature des soins	Régime Général	Régime Alsace Moselle
→ Optique		
Équipements hors 100% santé (Classe B)	Réseau Kalixia ^{(3) (4)}	Hors réseau Kalixia ^{(3) (4)}
✓ Monture	Adulte : 185 € Enfant : 140 €	Adulte : 185 € Enfant : 140 €
✓ Verres	100% FR / verre dans la limite du contrat responsable	Classe A : 150 € / verre Classe C : 300 € / verre Classe F : 350 € / verre
		100% FR / verre dans la limite du contrat responsable
		Classe A : 150 € / verre Classe C : 300 € / verre Classe F : 350 € / verre
Autres postes optique		
✓ Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale	26% PMSS / paire	26% PMSS / paire
✓ Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale	26% PMSS / paire	26% PMSS / paire
✓ Lentilles jetables	26% PMSS / an / bénéficiaire	26% PMSS / an / bénéficiaire
✓ Chirurgie de l'œil	26% PMSS / œil	26% PMSS / œil
→ Dentaire		
Soins et prothèses 100% Santé^{(*) (2)}	100% HLF moins MR	100% HLF moins MR
<small>(*) Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR).</small>		
Soins et prothèses hors 100% Santé		
✓ Soins	200% BR	180% BR
✓ Scellement prophylactique des sillons (enfant de moins de 14 ans - 1 fois par dent - 1 ^{ère} et 2 ^{ème} molaires permanentes)	200% BR	180% BR
Prothèses dentaires	Limitation prothèses dentaires et implants : 2500 € / an / bénéficiaire. Au delà du forfait, minimum TM + 25% BR pour les prothèses remboursées par la SS	
✓ Prises en charge par la Sécurité sociale (y compris couronnes transitoires) ⁽¹⁾	350% BR	330% BR
✓ Non Prises en charge par la Sécurité sociale Inlay core et couronne ou pilier	Inlay core : 429 € / Couronne et Pilier : 377 €	Inlay core : 429 € / Couronne et Pilier : 377 €
Autres actes dentaires		
✓ Implant non pris en charge par la SS	Phase chirurgicale : 33% PMSS Pose pilier et couronne sur implant : 16.5% PMSS	Phase chirurgicale : 33% PMSS Pose pilier et couronne sur implant : 16.5% PMSS
✓ Parodontologie non prise en charge par la SS	300€ par an/bénéficiaire	300€ par an/bénéficiaire
✓ Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	400% BR	400% BR
✓ Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	400% BR (jusqu'à 18 ans)	400% BR (jusqu'à 18 ans)
✓ Supplément inter de bridge remboursé par la Sécurité sociale	150,50 € par inter	150,50 € par inter
→ Aides auditives		
<small>Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.</small>		
Equipements 100% santé (Classe 1)^{(*) (2)}		
✓ Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2020	Se référer à la prise en charge de la classe 2 dans la limite des PLV de la classe 1	
✓ À compter de 2021 : Audioprothèse (Limite par aide auditive)	100% PLV moins MR	
<small>(*) Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire (MR)</small>		
Equipements hors 100% santé (Classe 2)		
✓ Audioprothèse (Limite par aide auditive)	600% BR par oreille avec un maximum de 1700 € moins MR (hors accessoires) à compter du 01/01/2021	Remboursée par la SS : 570% BR Non remboursée par la SS : 600% BR Maximum de 1700 € moins MR (hors accessoires) à compter du 01/01/2021
✓ Accessoires : Piles, entretien pris en charge par la Sécurité sociale	100% TM	

Option (y compris les régimes obligatoires)

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

Nature des soins	Régime Général	Régime Alsace Moselle
→ Maternité		
Honoraires chirurgie (césarienne) d'un médecin adhérent à un DPTAM	400% BR	400% BR
Honoraires chirurgie (césarienne) d'un médecin non adhérent à un DPTAM	400% BR	400% BR
Honoraires péridurale d'un médecin adhérent à un DPTAM	100% BR	100% BR
Honoraires péridurale d'un médecin non adhérent à un DPTAM	100% BR	100% BR
Chambre particulière	3,5% PMSS / jour (max 5 jours)	3,5% PMSS / jour (max 5 jours)
Frais de séjour	400% BR	400% BR

DPTAM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2. PMSS = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement. TM = Ticket Modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1€ et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux. MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale. FR = Frais Réels. BR - MR = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale. PLV = Prix Limite de Vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré sociale. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale. HLF = Honoraire Limite de Facturation (HLF) : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLF tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

(1) Pour les contrats complémentaires santé collectifs obligatoires, les garanties couvrent a minima le TM sur les actes concernés, avec en complément une prise en charge minimale de 25 % des dépassements sur les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale. Cette règle s'applique également en cas de dépassement du plafond annuel pour les garanties qui y seraient soumises.

(2) Dans la limite des frais réellement engagés

(3) Pour bénéficier des majorations dans le réseau optique, les assurés et les ayants droit doivent avoir recours au tiers payant. Les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulables. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées au tableau de prestations.

(4) Les prestations dans le réseau KALIXIA et hors réseau ne sont pas cumulatives. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée a minima au ticket modérateur.

(5) Le remboursement est conditionné à la présentation d'une facture établie par le praticien mentionnant le diplôme de celui-ci. Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Ils doivent avoir enregistré leur(s) diplôme(s) au sein du répertoire d'automatisation des listes (n° ADELI), système prévu par le Code de la santé publique.

(6) Sont couverts par ce forfait les substituts nicotiques sur prescription médicale et sur facture figurant sur la liste de ceux remboursables par la Sécurité sociale disponible sur le site www.ameli.fr. La cigarette électronique n'est pas prise en charge au titre de vos garanties.

Exemples de remboursements « 100 % santé »

Contrat Vitali Santé - PSA groupe - Date d'effet : 1^{er} janvier 2020

	Prix moyen pratiqué	RAMO	REMBOURSEMENT MHP			RESTE A PAYER		
			Vitali essentiel	Surcomp.	Option	Vitali essentiel	Surcomp.	Option
→ Hospitalisation								
Pour une hospitalisation pour une opération de la cataracte en clinique conventionnée								
✓ Forfait journalier hospitalier (**)	20,00 €	NPEC	20,00 €	20,00 €	20,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
✓ Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés, adhérent à un DPTM (***)	355 €	247,70 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
✓ Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres, non adhérent à un DPTM (***)	431 €	247,70 €	183,30 €	183,30 €	183,30 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
✓ Chambre particulière - 1 nuit	60,00 €	NPEC	60,00 €	60,00 €	60,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

RAMO : Participation forfaitaire de 24 € appliquée au titre des actes thérapeutiques supérieur ou égal à 120 €

	Prix moyen pratiqué	RAMO	REMBOURSEMENT MHP			RESTE A PAYER		
			Vitali essentiel	Surcomp.	Option	Vitali essentiel	Surcomp.	Option
→ Optique								
Équipement « 100 % Santé » (****) (Classe A) : 1 monture + 2 verres simples unifocaux								
✓ Dans ou hors réseau partenaire KALIXIA :	125,00 €	22,50 €	102,50 €	102,50 €	102,50 €	SRAP	SRAP	SRAP
Dont : 1 monture	30,00 €	5,40 €	24,60 €	24,60 €	24,60 €	SRAP	SRAP	SRAP
Dont : 2 verres pour les ≥ 16 ans	95,00 €	17,10 €	77,90 €	77,90 €	77,90 €	SRAP	SRAP	SRAP

Équipement autre que « 100 % Santé » (Classe B) : 1 monture + 2 verres simples unifocaux (sphéro cylindriques SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4)								
✓ Dans le réseau partenaire KALIXIA :	260,00 €	0,09 €	243,91 €	243,94 €	259,91 €	16,00 €	15,97 €	0,00 €
Dont : 1 monture	116,00 €	0,03 €	99,97 €	100 €	115,97 €	16,00 €	15,97 €	0,00 €
Dont : 2 verres simple adultes	144,00 €	0,06 €	143,94 €	143,94 €	143,94 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
✓ Hors du réseau partenaire KALIXIA :	345,00 €	0,09 €	249,97 €	250 €	344,91 €	94,94 €	94,91 €	0,00 €
Dont : 1 monture	145,00 €	0,03 €	99,97 €	100 €	144,97 €	45,00 €	44,97 €	0,00 €
Dont : 2 verres simple adultes	200,00 €	0,06 €	150 €	150 €	199,94 €	49,94 €	49,94 €	0,00 €

Équipement autre que 100 % Santé (Classe B) : 1 monture + 2 verres très complexes progressifs (multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries)

✓ Dans le réseau partenaire KALIXIA :	508,00 €	0,09 €	491,91 €	491,94 €	507,91 €	16,00 €	15,97 €	0,00 €
Dont : 1 monture	116,00 €	0,03 €	99,97 €	100 €	115,97 €	16,00 €	15,97 €	0,00 €
Dont : 2 verres simple adultes	392,00 €	0,06 €	391,94 €	391,94 €	391,94 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
✓ Hors du réseau partenaire KALIXIA :	719,00 €	0,09 €	599,97 €	600 €	718,91 €	118,94 €	118,91 €	0,00 €
Dont : 1 monture	145,00 €	0,03 €	99,97 €	100 €	144,97 €	45,00 €	44,97 €	0,00 €
Dont : 2 verres simple adultes	574,00 €	0,06 €	500 €	500 €	573,94 €	73,94 €	73,94 €	0,00 €

	Prix moyen pratiqué	RAMO	REMBOURSEMENT MHP			RESTE A PAYER		
			Vitali essentiel	Surcomp.	Option	Vitali essentiel	Surcomp.	Option
→ Dentaire								
✓ Pour un détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires - Soins et prothèses « 100 % Santé » (****)								
	500,00 €	84,00 €	416,00 €	416,00 €	183,30 €	SRAP	SRAP	SRAP
Couronne céramo-métallique sur molaires à tarifs libres								
	538,70 €	75,25 €	322,50 €	322,50 €	376,25 €	140,95 €	140,95 €	87,20 €
Implant (phase chirurgicale + pose de pilier et couronne sur implant)								
	1 800,00 €	NPEC	857,00 €	857,00 €	1 696,86 €	943,00 €	943,00 €	103,14 €

	Prix moyen pratiqué	RAMO	REMBOURSEMENT MHP			RESTE A PAYER		
			Vitali essentiel	Surcomp.	Option	Vitali essentiel	Surcomp.	Option
→ Aide auditive								
Par oreille pour un adulte de plus de 20 ans, jusqu'au 31/12/2020								
✓ Aide auditive de Classe I	1 100,00 €	210,00 €	700,00 €	700,00 €	890,00 €	190,00 €	190,00 €	0,00 €
✓ Aide auditive de Classe II	1 476,00 €	210,00 €	700,00 €	700,00 €	1 266,00 €	566,00 €	566,00 €	0,00 €
À compter du 01/01/2021 (à titre indicatif mais pas encore applicable)								
✓ Équipement 100% Santé** (Classe I)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	710,00 €	710,00 €	SRAP	SRAP	SRAP
✓ Équipement autre que « 100 % Santé » (****) (Classe II)	1 476,00 €	240,00 €	800,00 €	800,00 €	1 236,00 €	436,00 €	436,00 €	0,00 €

	Prix moyen pratiqué	RAMO	REMBOURSEMENT MHP			RESTE A PAYER		
			Vitali essentiel	Surcomp.	Option	Vitali essentiel	Surcomp.	Option
→ Soins courants								
✓ Pour la consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €
✓ Pour la consultation d'un médecin gynécologue sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	9,00 €	9,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €
✓ Pour la consultation d'un médecin gynécologue avec dépassement d'honoraires maîtrisés, adhérent à un DPTM (***)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	23,00 €	23,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €
✓ Pour la consultation d'un médecin gynécologue avec dépassement d'honoraires libres, non adhérent à un DPTM (***)	56,00 €	15,10 €	25,30 €	25,30 €	39,90 €	15,60 €	15,60 €	1,00 €

Participation forfaitaire de 1€ à la charge de l'assuré

Surcomp. : Surcomplémentaire ; RAMO : Remboursement de l'assurance maladie obligatoire ; MHP : Malakoff Humanis Prévoyance ; SRAP : Sans reste à payer ; NPEC : Non pris en charge

(*) Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé.

(**) Participation financière due par l'assuré pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie.

(***) DPTM : Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(****) Tels que définis réglementairement : le dispositif 100 % Santé vous permet d'accéder à des lunettes de vue, des aides auditives et des prothèses dentaires de qualité, prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale et les complémentaires santé (dès lors que vous disposez d'une complémentaire santé responsable ou de la CMU-C), tout en bénéficiant d'un large choix d'équipements pour répondre à vos besoins, sans aucun frais à régler.

Les exemples de remboursements ci-dessus n'ont pas de valeur contractuelle. Ils s'adressent à un bénéficiaire adulte résidant en Francemétropolitaine, respectant le parcours de soins coordonné et non exonéré du ticket modérateur (donc non prise en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire).

Les assurés relevant du régime local de l'Alsace-Moselle ont un reste à charge identique à celui des assurés relevant du régime général. Seule la répartition de la prise en charge de leur frais de santé entre l'assurance maladie et la complémentaire santé diffère.

Exemples de remboursements « 100 % santé »

Contrat Vitali Santé - Régime Alsace Moselle - PSA groupe - Date d'effet : 1^{er} janvier 2020

	Prix moyen pratiqué	RAMO	RÉGIME ALSACE MOSELLE	REMBOURSEMENT MHP			RESTE A PAYER		
				Vitali essentiel	Surcomp.	Option	Vitali essentiel	Surcomp.	Option
→ Hospitalisation									
Pour une hospitalisation pour une opération de la cataracte en clinique conventionnée									
✓ Forfait journalier hospitalier (**)	20,00 €	NPEC	20,00 €	-	-	-	0,00 €	0,00 €	0,00 €
✓ Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés, adhérent à un DPTM (***)	355 €	247,70 €	24,00 €	83,30 €	83,30 €	83,30 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
✓ Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres, non adhérent à un DPTM (***)	431 €	247,70 €	24,00 €	159,30 €	159,30 €	159,30 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
✓ Chambre particulière - 1 nuit	60,00 €	NPEC	NPEC	60,00 €	60,00 €	60,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

RAMO : Participation forfaitaire de 24 € appliquée au titre des actes thérapeutiques supérieur ou égal à 120 €

	Prix moyen pratiqué	RAMO	RÉGIME ALSACE MOSELLE	REMBOURSEMENT MHP			RESTE A PAYER		
				Vitali essentiel	Surcomp.	Option	Vitali essentiel	Surcomp.	Option
→ Optique									
Équipement « 100 % Santé » (****) (Classe A) : 1 monture + 2 verres simples unifocaux									
✓ Dans ou hors réseau partenaire KALIXIA :	125,00 €	22,50 €	11,25 €	91,25 €	91,25 €	91,25 €	SRAP	SRAP	SRAP
Dont : 1 monture	30,00 €	5,40 €	2,70 €	21,90 €	21,90 €	21,90 €	SRAP	SRAP	SRAP
Dont : 2 verres pour les ≥ 16 ans	95,00 €	17,10 €	8,55 €	69,35 €	69,35 €	69,35 €	SRAP	SRAP	SRAP

Équipement autre que « 100 % Santé » (Classe B) : 1 monture + 2 verres simples unifocaux (sphéro cylindriques SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4)									
✓ Dans le réseau partenaire KALIXIA :	260,00 €	0,09 €	0,05 €	243,86 €	243,91 €	259,86 €	16,00 €	15,95 €	0,00 €
Dont : 1 monture	116,00 €	0,03 €	0,02 €	99,95 €	100,00 €	115,95 €	16,00 €	15,95 €	0,00 €
Dont : 2 verres simple adultes	144,00 €	0,06 €	0,03 €	143,91 €	143,91 €	143,91 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
✓ Hors du réseau partenaire KALIXIA :	345,00 €	0,09 €	0,05 €	249,95 €	250,00 €	344,86 €	94,91 €	94,86 €	0,00 €
Dont : 1 monture	145,00 €	0,03 €	0,02 €	99,95 €	100,00 €	144,95 €	45,00 €	44,95 €	0,00 €
Dont : 2 verres simple adultes	200,00 €	0,06 €	0,03 €	150,00 €	150,00 €	199,91 €	49,91 €	49,91 €	0,00 €

Équipement autre que 100 % Santé (Classe B) : 1 monture + 2 verres très complexes progressifs (multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries)

✓ Dans le réseau partenaire KALIXIA :	508,00 €	0,09 €	0,05 €	491,86 €	491,91 €	507,86 €	16,00 €	15,96 €	0,00 €
Dont : 1 monture	116,00 €	0,03 €	0,02 €	99,95 €	100,00 €	115,95 €	16,00 €	15,96 €	0,00 €
Dont : 2 verres simple adultes	392,00 €	0,06 €	0,03 €	391,91 €	391,91 €	391,91 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
✓ Hors du réseau partenaire KALIXIA :	719,00 €	0,09 €	0,05 €	599,95 €	600,00 €	718,86 €	118,91 €	118,86 €	0,00 €
Dont : 1 monture	145,00 €	0,03 €	0,02 €	99,95 €	100,00 €	144,95 €	45,00 €	44,95 €	0,00 €
Dont : 2 verres simple adultes	574,00 €	0,06 €	0,03 €	500,00 €	500,00 €	573,91 €	73,91 €	73,91 €	0,00 €

	Prix moyen pratiqué	RAMO	RÉGIME ALSACE MOSELLE	REMBOURSEMENT MHP			RESTE A PAYER		
				Vitali essentiel	Surcomp.	Option	Vitali essentiel	Surcomp.	Option
→ Dentaire									
✓ Pour un détartrage	28,92 €	20,24 €	5,78 €	2,90 €	2,90 €	2,90 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires - Soins et prothèses « 100 % Santé » (****)									
	500,00 €	84,00 €	24,00 €	392,00 €	392,00 €	392,00 €	SRAP	SRAP	SRAP
Couronne céramo-métallique sur molaires à tarifs libres									
	538,70 €	75,25 €	21,50 €	301,00 €	301,00 €	354,75 €	140,95 €	140,95 €	87,20 €
Implant (phase chirurgicale + pose de pilier et couronne sur implant)									
	1 800,00 €	NPEC	NPEC	857,00 €	857,00 €	1 696,86 €	943,00 €	943,00 €	103,14 €

	Prix moyen pratiqué	RAMO	RÉGIME ALSACE MOSELLE	REMBOURSEMENT MHP			RESTE A PAYER		
				Vitali essentiel	Surcomp.	Option	Vitali essentiel	Surcomp.	Option
→ Aide auditive									
Par oreille pour un adulte de plus de 20 ans, jusqu'au 31/12/2020									
✓ Aide auditive de Classe I	1 100,00 €	210,00 €	105,00 €	595,00 €	595,00 €	785,00 €	190,00 €	190,00 €	0,00 €
✓ Aide auditive de Classe II	1 476,00 €	210,00 €	105,00 €	595,00 €	595,00 €	1 161,00 €	566,00 €	566,00 €	0,00 €
À compter du 01/01/2021 (à titre indicatif mais pas encore applicable)									
✓ Équipement 100% Santé** (Classe I)	950,00 €	240,00 €	120,00 €	590,00 €	590,00 €	590,00 €	SRAP	SRAP	SRAP
✓ Équipement autre que « 100 % Santé » (****) (Classe II)	1 476,00 €	240,00 €	120,00 €	680,00 €	680,00 €	1 116,00 €	436,00 €	436,00 €	0,00 €

	Prix moyen pratiqué	RAMO	RÉGIME ALSACE MOSELLE	REMBOURSEMENT MHP			RESTE A PAYER		
				Vitali essentiel	Surcomp.	Option	Vitali essentiel	Surcomp.	Option
→ Soins courants									
✓ Pour la consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	5,00 €	2,50 €	2,50 €	2,50 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €
✓ Pour la consultation d'un médecin gynécologue sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	6,00 €	3,00 €	3,00 €	3,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €
✓ Pour la consultation d'un médecin gynécologue avec dépassement d'honoraires maîtrisés, adhérent à un DPTM (***)	44,00 €	20,00 €	6,00 €	17,00 €	17,00 €	17,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €
✓ Pour la consultation d'un médecin gynécologue avec dépassement d'honoraires libres, non adhérent à un DPTM (***)	56,00 €	15,10 €	4,60 €	20,70 €	20,70 €	35,30 €	15,60 €	15,60 €	1,00 €

Participation forfaitaire de 1€ à la charge de l'assuré

Surcomp. : Surcomplémentaire ; RAMO : Remboursement de l'assurance maladie obligatoire ; MHP : Malakoff Humanis Prévoyance ; SRAP : Sans reste à payer ; NPEC : Non pris en charge

(*) Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé.

(**) Participation financière due par l'assuré pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie.

(***) DPTM : Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(****) Tels que définis réglementairement : le dispositif 100 % Santé vous permet d'accéder à des lunettes de vue, des aides auditives et des prothèses dentaires de qualité, prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale et les complémentaires santé (dès lors que vous disposez d'une complémentaire santé responsable ou de la CMU-C), tout en bénéficiant d'un large choix d'équipements pour répondre à vos besoins, sans aucun frais à régler.

Les exemples de remboursements ci-dessus n'ont pas de valeur contractuelle. Ils s'adressent à un bénéficiaire adulte résidant en Francemétropolitaine, respectant le parcours de soins coordonné et non exonéré du ticket modérateur (donc non prise en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire).

Les assurés relevant du régime local de l'Alsace-Moselle ont un reste à charge identique à celui des assurés relevant du régime général. Seule la répartition de la prise en charge de leur frais de santé entre l'assurance maladie et la complémentaire santé diffère.

Comment obtenir vos remboursements ?

La gestion de vos garanties est assurée par Aon.

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 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...).

Vous pouvez consulter, sur votre compte Santé via le lien www.ameli.fr, l'organisme complémentaire connecté avec votre CPAM.

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 :

Aon France - Service Vitali Santé
28 allée de Bellevue - CS 70000, 16918 Angoulême 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 semestrielle (sauf si choix de l'alerte e-mail). Ils sont consultables à tout moment sur le site Aon : aon.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	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 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	
Frais d'hospitalisation (y compris frais d'accompagnant) si nous n'avons pas délivré de prise en charge hospitalière (PEC)	Lentilles : prescription de moins de 48 mois et facture acquittée et détaillée	
	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 thermale	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 généralités du contrat

Informatique et libertés

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), vous reconnaissez que nous vous avons informé, en notre qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Nous avons désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à sgil.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier : **Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.**

1. Vos données à caractère personnel peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de nous ou d'autres sociétés de notre groupe auquel elles appartiennent; et ce y compris, en notre qualité d'organisme assureur, l'utilisation de votre NIR pour **MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale** Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris N° SIREN 775 691 181 Contrat n° : M1 M49720 0001S Page 15/24

La gestion, le cas échéant, de vos risques d'assurance complémentaire santé et prévoyance (conformément au Pack de conformité « Assurance » de la CNIL de novembre 2014 (dit « Pack Assurance ») ;

- la gestion de vos avis sur les produits, services ou contenus que nous ou nos partenaires proposons ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à votre inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme. Nous nous engageons à ne pas exploiter vos données personnelles pour d'autres finalités que celles précitées.

Vous reconnaissez que la collecte et le traitement de vos données à caractère personnel (en ce compris des données d'identification, des données relatives à votre situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à votre vie personnelle, à votre santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat.

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant votre santé, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à votre consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique votre signature du bulletin individuel d'affiliation vaut recueil de votre consentement.

Les destinataires de vos données à caractère personnel sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : les services de notre groupe dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que, le cas échéant les sous-traitants, les délégataires de gestion, les

intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures et les souscripteurs du contrat.

Vos données de santé sont destinées à notre Service médical et à toute personne placée sous la responsabilité dudit Service médical et ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales. Nous nous engageons à ce que vos données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Vos données à caractère personnel relatives à votre santé sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en oeuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec vous varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL et notamment aux durées prévues par le Pack Assurance. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, de nos obligations légales et des prescriptions légales applicables.

Nous et nos partenaires nous engageons, (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement de vos données et (2) à notifier à la CNIL et vous informer en cas de violation de vos données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD. **MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale** Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris N° SIREN 775 691 181 Contrat n° : M1 M49720 0001S Page 16/24

Les données utilisées à des fins statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de ré-identification des personnes. Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.

2. Vous disposez d'un droit de demander l'accès à vos données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité de vos données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par email à sgil.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier à **Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.** Vous disposez également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : **Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.**

Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opossetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

A qui vous adresser en cas de réclamations ?

Notre volonté constante est d'être à l'écoute de nos clients. Si vous n'étiez pas satisfait de notre prestation, nous vous invitons à nous le faire savoir. A cet effet, nous avons mis en place la procédure de gestion des réclamations suivante :

- Vous pouvez vous rapprocher de votre interlocuteur habituel, qui sera à votre écoute pour résoudre tout problème que vous pourriez lui soumettre.
- Vous pouvez également, si vous le souhaitez, nous contacter :
 - un courrier à l'adresse suivante :

**Aon France - Service Réclamation
31-35 rue de la Fédération
75757 Paris Cedex 15**

- Par mail en adressant votre réclamation à **service.reclamation@aon.com**

- Par téléphone : **+ 33 (0)1 73 10 20 24**
Nous ferons notre possible pour vous apporter une réponse dans les plus brefs délais.

Si nous ne pouvons vous répondre sous 5 jours, nous accuserons réception de votre réclamation sous ce délai, par un courrier ou un mail vous indiquant le nom et les coordonnées de la personne en charge de son traitement.

Nous nous engageons dans ce cas à vous apporter une réponse sous un délai maximal de 2 mois. Si toutefois le problème rencontré était particulièrement complexe et ne pouvait être traité dans ce délai, nous vous tiendrons régulièrement informé de l'état d'avancement de votre dossier.

- Si vous n'étiez pas satisfait de la réponse apportée par Aon, vous pouvez transmettre votre réclamation au Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante :

**La Médiation de l'Assurance
Pôle CSCA
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09**

ou par e-mail : le.mediateur@mediation-assurance.org

Vous pouvez également consulter le site :

www.mediation-assurance.org



Les services

Tiers payant et réseau Optique

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

Ce service, développé conjointement par Aon 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.

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, à l'adresse :

aon.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 France - Service Vitali Santé
28, allée de Bellevue - CS 70000
16918 Angoulême Cedex 9**

→ Téléphone : **01 73 10 34 54** ou numéro abrégé **10 210** depuis les sites du PSA AUTOMOBILES SA

→ Télécopie : **05 45 38 30 82**

→ Extranet dédié : **aon.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 Humanis Assistance ?

L'assistance santé à domicile Malakoff Humanis Assistance a pour but d'apporter aux assurés de Malakoff Humanis 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 1 780 000 euros inscrite sous le n° 351 733 761 RCS Paris et filiale du groupe Malakoff Humanis.

Le présent document constitue un résumé des garanties d'assistance souscrites par PSA AUTOMOBILES SA 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.

En cas d'hospitalisation à la suite d'une maladie* ou d'un accident*, quelle qu'en soit la durée. En cas d'immobilisation de plus de 5 jours pour les mêmes raisons.

→ **Garde des enfants**

Soit déplacement en France métropolitaine d'un proche pour la garde de vos enfants de moins de 16 ans ou transfert en France métropolitaine de vos enfants et d'un adulte accompagnant auprès de proches.

Soit garde des enfants à domicile par un intervenant, selon la situation, jusqu'à 30 heures, réparties sur un mois à compter de l'événement (jusqu'à 15 heures, réparties sur un mois, en cas d'hospitalisation programmée de plus de deux nuits).

→ **Conduite des enfants à l'école**

Conduite à l'école et retour au domicile de vos enfants, 2 fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période d'un mois.

Les garanties décrites ci-dessus sont étendues aux petits-enfants de moins de 16 ans dont vous avez la garde en attendant que leurs parents viennent les reprendre.

→ **Ascendants**

Pour vos ascendants vivant à votre domicile et ne pouvant se prendre en charge :

- soit déplacement d'un proche ou transfert au domicile d'un proche situé en métropole,

- soit garde à domicile (selon la situation jusqu'à 30 heures réparties sur un mois à compter de l'événement).

En cas d'hospitalisation de plus de 2 nuits à la suite d'une maladie* ou d'un accident. En cas d'immobilisation de plus de 5 jours pour les mêmes raisons.**

→ **Aide ménagère**

Dès le premier jour d'immobilisation ou d'hospitalisation (ou à votre retour à domicile après une hospitalisation),

une aide ménagère est mise à votre disposition : selon la situation, jusqu'à 30 heures réparties sur une période d'un mois à compter de l'événement.

En cas d'hospitalisation programmée de plus de deux nuits, l'aide ménagère peut aller jusqu'à 15 heures réparties sur une période d'un mois.

- **Transfert et garde d'animaux domestiques familiers**
Transport et/ou hébergement des animaux de compagnie à jour de leurs vaccinations, dans la limite d'un mois à compter de l'événement.
- **Présence d'un proche**
 - Déplacement en France métropolitaine d'un proche.
 - Son hébergement pour 2 nuits, petit déjeuner inclus, à concurrence de 92 € TTC pour l'ensemble.

Radiothérapie ou chimiothérapie : en cas de nécessité de traitement médical entraînant des séances de radiothérapie ou de chimiothérapie en établissement hospitalier ou à domicile, Malakoff Humanis Assistance met à la disposition du bénéficiaire une aide ménagère.

Cette garantie est accordée pendant la durée du cycle du traitement, dans la limite de 30 heures. Les garanties relatives à la prise en charge des enfants de moins de 16 ans et à la prise en charge des ascendants sont également applicables.

En cas d'immobilisation de plus de 14 jours de votre enfant à la suite d'une maladie* ou d'un accident.**

- **Répétiteur scolaire**
Soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours, dans la limite de trois heures par jour aux enfants du primaire et du secondaire, hors vacances scolaires, et au plus tard jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours.
- **En cas de séjour de plus de 8 jours en maternité.**
Le service Malakoff Humanis Assistance à domicile intervient si la durée d'hospitalisation est supérieure à 8 jours, dans les mêmes conditions que décrites précédemment pour :
 - la Garde des enfants,
 - la Conduite des enfants à l'école,
 - l'Aide ménagère.

En cas de décès.

Le service Malakoff Humanis Assistance à domicile intervient dans les mêmes conditions que décrites précédemment pour :

- **la Garde des enfants,**
- **les Ascendants,**
- **l'Aide ménagère,**
- **le Transfert et la garde des animaux familiers.**

* Maladie soudaine : toute altération de la santé médicalement constatée, n'ayant pas été diagnostiquée ou traitée dans les 6 mois précédant la demande d'intervention. Ne sont pas considérés comme maladie les états de grossesse.

** Accident : tout événement soudain et imprévisible qui provoque une lésion corporelle.

A tout moment

- **Démarches administratives et sociales**
À la suite d'une maladie ou d'un accident corporel, orientation vers les services appropriés ou recherche des informations nécessaires.
- **Prestations médicales en dehors des secours d'urgence**
Informations médicales (ces informations ne sont pas des consultations médicales).

→ **Mise en relation avec un médecin en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant.**

Mise en relation avec une infirmière ou tout autre intervenant paramédical en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines.

- **Organisation d'un transport en ambulance** depuis votre domicile vers un établissement de votre choix (les frais de transport demeurent à votre charge).
- **Livraison de médicaments** si ni vous ni l'un de vos proches n'est en mesure de se déplacer (le coût des médicaments reste à votre charge).

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 Humanis Assistance, téléphonez au préalable au 09 86 86 00 05 (appel non surtaxé).

Identifiez-vous grâce au n° 75 42 42 réservé aux bénéficiaires des garanties Vitali Santé.

Ce service est joignable du lundi au samedi de 8h à 20h (hors jours fériés).



Malakoff Humanis Prévoyance
Institution de prévoyance régie par le
livre IX du Code de la sécurité sociale
Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris
N° SIREN 775 691 181

Vos contacts Aon Vitali

Votre espace santé en ligne : aon.fr/sante

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

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 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.

Téléphone : **01 73 10 30 54** ou numéro abrégé **10 210** depuis les sites du Groupe PSA AUTOMOBILES SA.

Par fax

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

Par courrier

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

**Aon France Service Vitali Santé
28 allée de Bellevue - CS 70000
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 (aon.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 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 : aon.fr/sante Rubrique " mon compte ".

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

Copyright® 2019 Aon. Tous droits réservés

Ce document est destiné à des fins d'information uniquement et ne doit pas être interprété comme conseil ou opinion sur des faits ou des circonstances spécifiques. Les commentaires contenus dans ce rapport sont basés sur l'analyse préliminaire par Aon de l'information accessible au public. Le contenu de ce document est mis à disposition en tant que tel sans garantie d'aucune sorte. Aon décline toute responsabilité légale envers toute personne ou organisation pour la perte ou le dommage causé par ou résultant de l'utilisation de ce contenu.

www.aon.fr