

Remboursements spécifiques

Pièces justificatives à fournir à Aon

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



Hospitalisation : en cas de paiement de frais liés à l'hospitalisation, adresser : facture acquittée (bordereau AMC) de l'établissement hospitalier et note d'honoraires des praticiens. Seuls les honoraires déclarés à la Sécurité sociale peuvent être pris en considération.



Optique (verres, monture et lentilles) : si vous n'avez pas utilisé le tiers payant, facture de l'opticien et prescription médicale détaillant la correction visuelle. Lentilles refusées par la Sécurité sociale et lentilles jetables, prescription médicale lors de la première demande de remboursement et facture.



Cure thermale : si acceptée par la sécurité sociale, pour le versement du forfait, adresser l'attestation de l'établissement thermal.



Soins dentaires : pour tous dépassements d'honoraires, adresser vos factures acquittées et détaillées du chirurgien dentiste.



Prothèses dentaires, orthodontie : Facture acquittée et détaillée du chirurgien-dentiste ou de l'orthodontiste.



Frais de maternité : en cas de paiement des frais liés à l'accouchement, adresser : l'extrait d'acte de naissance du nouveau-né et notes d'honoraires ou factures des frais de séjour, des dépassements d'honoraires et des frais de chambre particulière permettant d'apprécier les frais engagés. Seuls les honoraires déclarés à la Sécurité sociale peuvent être pris en considération.

Les actes hors nomenclature ne sont pas garantis par votre contrat, sauf mention particulière. Sont dits "hors nomenclature", les actes médicaux qui ne figurent pas à la nomenclature générale des actes professionnels, ou absents de la classification commune des actes médicaux (CCAM). Ces actes, non reconnus, ne sont pas remboursés par l'assurance maladie.

Exclusions

▶ **Participation forfaitaire de 1€** : elle s'applique à tout assuré ou bénéficiaire de plus de 18 ans (hors CMU) et concerne les actes de biologie/radiologie ainsi que les consultations et les visites des médecins spécialisés et généralistes. Conformément aux dispositions du décret 2004-1453 du 23 novembre 2004, le contrat ne couvre pas cette participation.

▶ **Franchises médicales** : depuis le 1^{er} janvier 2008, une franchise de 0,50 € est appliquée sur les boîtes de médicaments et les actes paramédicaux et de 2 € sur les transports sanitaires. Elle est plafonnée à 50 € par an, au total.

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

▶ **Actes effectués en dehors du parcours de soins** : le contrat ne prend pas en charge :

- la majoration du ticket modérateur
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques dans les limites prévues par la législation.