

Tableau récapitulatif des garanties Frais de Santé Salariés relevant de la CCN de l'assurance Contrat responsable N° 2704920

Nature des prestations	Remboursement Sécurité sociale (dans le parcours de soins coordonnés) ⁽¹⁾	Remboursement Total (Ss + BCAC + contrat AXA) dans la limite des frais réels engagés
Médecine courante		
Actes conventionnés		
Médecins adhérents au CAS		
▪ Consultations et visites de généralistes	70 % BR	320 % BR
▪ Consultations et visites de spécialistes	70 % BR	
▪ Actes techniques médicaux et les actes de chirurgie	70 % BR	
▪ Actes d'imagerie, échographie, doppler	70 % BR	
Médecins non adhérents au CAS		
▪ Consultations et visites de généralistes	70 % BR	200 % BR
▪ Consultations et visites de spécialistes	70 % BR	
▪ Actes techniques médicaux et les actes de chirurgie	70 % BR	
▪ Actes d'imagerie, échographie, doppler	70 % BR	
▪ Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...)	60 % BR	310 % BR
▪ Examens médicaux (analyses biologiques)	60 % BR	
Actes non conventionnés		
▪ Consultations et visites de généralistes	70 % TA	200 % TA
▪ Consultations et visites de spécialistes	70 % TA	
▪ Actes techniques médicaux et les actes de chirurgie	70 % TA	
▪ Actes d'imagerie, échographie, doppler	70 % TA	
▪ Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...)	60 % TA	
▪ Examens médicaux (analyses biologiques)	60 % TA	
Pharmacie		
▪ Avec ou sans tiers payant	65 %, 30 % ou 15 % BR	100 % BR
Prévention		
▪ Vaccins remboursés par la Sécurité sociale	Prescrits	100 % de la BR 6% PMSS (193,08 €) par année civile et par bénéficiaire
▪ Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché	Prescrits et NR	
▪ Le dépistage de l'hépatite B acte conventionné	60 % BR	310 % BR 200 % TA 150 % BR
acte non conventionné	60 % TA	
▪ Un détartrage annuel complet sus et sous gingival	70 % BR	Prise en charge d'un examen dans la limite de 85 € 230 € 100% des frais réels dans la limite de 80 euros tous les 3 ans
▪ Ostéodensitométrie sur prescription médicale	NR	
▪ Amniocentèse non remboursée par la Sécurité sociale	NR	
▪ Autotensiomètre	NR	
Médecine douce		
Les séances d'ostéopathie, chiropraxie, acupuncture non remboursées par la Sécurité sociale ⁽²⁾ , dans la limite globale de trois séances par an et par bénéficiaire	NR	Forfait global : 4 % PMSS (128,72 €) en vigueur à la date à laquelle les frais ont été engagés

⁽²⁾ Les séances d'ostéopathie non remboursées par la Sécurité sociale sont garanties à condition que les ostéopathes soient titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les séances de chiropraxie non remboursées par la Sécurité sociale sont garanties à condition que les chiropracteurs soient titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens, et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC). Les séances d'acupuncture non remboursées par la Sécurité sociale sont garanties à condition que l'acupuncteur soit un médecin inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Nature des prestations	Remboursement Sécurité sociale (dans le parcours de soins coordonnés) ⁽¹⁾	Remboursement Total (Ss + BCAC + contrat AXA) dans la limite des frais réels engagés
Orthèses – Prothèses non dentaire		
▪ Prothèses auditives	60 % BR	565 % BR
▪ Appareillages et prothèses diverses (hors prothèses dentaires et auditives)	60 % BR	465 % BR
▪ Lecteur de glycémie et capteurs Freestyle libre	NR	1 500 euros par année civile et par bénéficiaire
Dentaire		
▪ Consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie (Tarifs opposables)	70 % BR	150 % BR
▪ Inlay core	70 % BR	200 % BR
▪ Orthodontie (TO, ORT) (Tarifs libres)	100 % BR	430 % BR
▪ Prothèses dentaires fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations), Inlays - Onlays d'obturation remboursés par la Sécurité sociale et implants	70 % BR	entre 375 € et 600 € selon position de la dent
▪ Appareils amovibles	70 % BR	entre 565 € et 1850 € selon le type d'appareil et le nombre de dents
▪ Prothèses provisoires (limitées à 6 éléments par année civile et par bénéficiaire)	NR	entre 30 € et 60 € selon la position de la dent
▪ Implants, dans la limite de 3 par année civile et par bénéficiaire : - Fixture (partie intra -osseuse) - Pilier - Couronne ou inter de bridge (partie supra-osseuse)	NR	920 € quelle que soit la position de la dent 200 € par dent entre 375 € et 600 € selon la position de la dent
▪ Actes de parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale, pour les 4 actes suivants : - Curetage/surfaçage (maximum 2 séances par année civile et par bénéficiaire), - Greffe gingivale (maximum une greffe par année civile et par bénéficiaire) - Allongement coronaire (maximum 4 interventions par année civile et par bénéficiaire) - Lambeau (maximum 4 interventions par année civile et par bénéficiaire)	NR	140 € par séance 350 € par greffe 120 € par intervention 220 € par intervention
▪ Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale pour un traitement ayant débuté entre les 16 et 28 ans de l'enfant bénéficiaire, avec un maximum de 4 semestres consécutifs	NR	27 % PMSS par semestre (soit 868,86 €)
Optique ⁽²⁾		
▪ Verres	60 % BR	100 % des montants indiqués dans l'annexe optique
▪ Monture	60 % BR	150 €
<i>⁽²⁾ Remboursement limité, à compter de la date d'adhésion du bénéficiaire au contrat, à un équipement optique (1 monture + 2 verres) par bénéficiaire tous les 2 ans. Toutefois, pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue, la limitation devient annuelle. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.</i>		
▪ Lentilles de contact correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale	60 % BR ou NR	8 % PMSS (257,44 €) Forfait par année civile et par bénéficiaire
▪ Chirurgie réfractive au laser, prise en charge après entente préalable de l'opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser	NR	15 % PMSS (482,70 €) par œil
▪ Implants intraoculaires multifocaux posés à l'occasion de l'opération de la cataracte	NR	326€ par œil
Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)		
Frais de séjour		
▪ Etablissement conventionné	80 % BR	100 % FR
▪ Etablissement non conventionné	80 % TA	80 % FR dans la limite de 200 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
▪ Etablissement conventionné - Médecins adhérents au CAS	80 % BR	100 % FR
▪ Etablissement conventionné - Médecins non adhérents au CAS	80 % BR	200 % BR
▪ Etablissement non conventionné ((Médecins conventionnés adhérents ou non au CAS, et médecins non conventionnés))	80 % TA	80 % FR dans la limite de 200 % BR
Autres frais		
▪ Forfait journalier de la Sécurité sociale	NR	100 % du forfait
▪ Chambre particulière (par jour)	NR	3 % PMSS en vigueur au 1 ^{er} jour d'hospitalisation (96,54 €)
▪ Lit d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans	NR	2 % PMSS en vigueur au 1 ^{er} jour d'hospitalisation (64,36 €)

Nature des prestations	Remboursement Sécurité sociale (dans le parcours de soins coordonnés) ⁽¹⁾	Remboursement Total (Ss + BCAC + contrat AXA) dans la limite des frais réels engagés
Transport		
	65 % BR	200 % BR
Frais d'accouchement (indemnisés par la Sécurité sociale au titre de l'Assurance Maternité)		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Honoraires ▪ Frais de séjour 	100 % BR	20 % PMSS en vigueur au jour de la naissance (643,60 €) que le bénéficiaire soit la mère ou le père
Cures thermales (indemnisées par la Sécurité sociale)		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frais de séjour et Honoraires médicaux 	65 % BR et 70 % BR	20 % PMSS (643,60 €) en vigueur au 1^{er} jour de la cure dans la limite des frais restant à charge
<i>Les honoraires des médecins non adhérents au CAS sont limités à 100 % du ticket modérateur, majorés de 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale (limite portée à 100 % TM majorés de 125 % BR pour les frais exposés jusqu'au 31 décembre 2016).</i>		
Services complémentaires		
<p>L'assureur met en œuvre des services complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en cas de décès suite à un accident corporel, si le bénéficiaire se trouve à plus de 50 km de son domicile, - en cas d'hospitalisation supérieure à 24h suite à une atteinte corporelle grave, ou en cas d'immobilisation au domicile d'une durée supérieure à 5 jours, - en cas de grossesse ou d'hospitalisation dans un service de maternité pour une durée supérieure à 5 jours, - en cas de chimiothérapie et/ou radiothérapie. 		
Tiers payant : disposition particulière permettant à l'assuré et à ses ayants droit de se faire délivrer, sans avance de frais, des produits pharmaceutiques prescrits par ordonnance et remboursés par la Sécurité sociale ou de ne pas avancer le ticket modérateur pour les dépenses engagées auprès des laboratoires de biologie et des cabinets de radiologie.		

⁽¹⁾ Taux de remboursement de la Sécurité sociale si l'assuré respecte le parcours de soins coordonnés. Hors parcours de soins coordonnés ces taux de remboursements sont diminués et ce désengagement n'est pas pris en charge par la complémentaire, de même que les dépassements d'honoraires hors parcours de soins coordonnés et la participation forfaitaire de 1 €.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

MR : Montant Remboursé par la Sécurité sociale

TM : Ticket Modérateur de la Sécurité sociale : Base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale moins le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR), avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

CAS : Contrat d'Accès aux Soins

FR : Frais Réels

NR : Non Remboursé

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (montant prévisionnel pour 2016 : 3218 €)

TA : Tarif d'Autorité

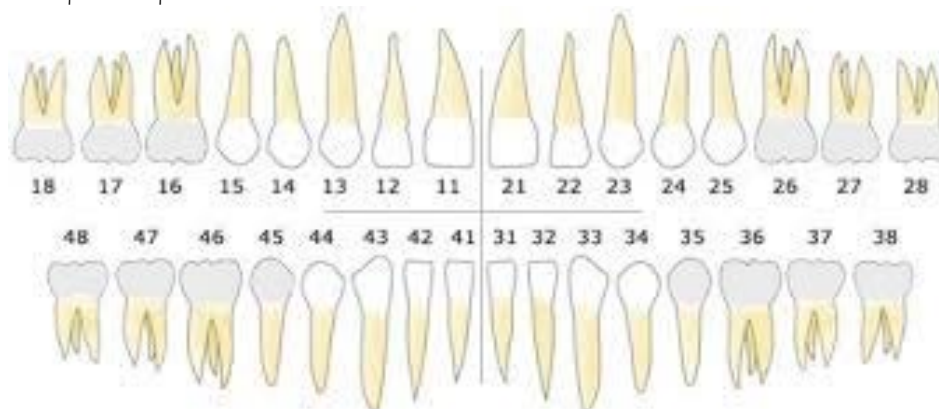
La participation forfaitaire de 1€ non remboursée par la Sécurité sociale n'est pas prise en charge par l'assureur

ANNEXE Dentaire

Appareils amovibles

Appareil résine	1 à 6 dents	565 euros
	7 à 13 dents	780 euros
Appareil à résine complet	Unimaxillaire	925 euros
	Bimaxillaire	1 850 euros
Appareil à plaque base métallique	1 à 6 dents	1 010 euros
	7 à 13 dents	1 235 euros

Les prestations sont définies pour chaque dent en fonction de sa situation sur le schéma dentaire ci-dessous.



Prothèses dentaires fixes (Couronnes, pilier de bridge, inter de bridge et Inlay - Onlay d'obturation) limitées à 6 éléments par année civile et par bénéficiaire)

- Incisives et canines supérieures et inférieures, premières prémolaires inférieures et prémolaires supérieures **600 euros par dent**
(dents 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 41 42 43 44)
- Deuxièmes prémolaires inférieurs, molaires supérieures et inférieures **375 euros par dent**
(dents 16 17 18 26 27 28 35 36 37 38 45 46 47 48)

Prothèses provisoires (limitées à 6 éléments par année civile et par bénéficiaire)

- Incisives et canines supérieures et inférieures, premières prémolaires inférieures et prémolaires supérieures **60 euros par dent**
(dents 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 41 42 43 44)
- Deuxièmes prémolaires inférieurs, molaires supérieures et inférieures **30 euros par dent**
(dents 16 17 18 26 27 28 35 36 37 38 45 46 47 48)

Réparation de prothèses et autres actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale, mais non visés à la présente annexe

430% de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Implants

- Fixture (partie intra osseuse) quelle que soit la position de la dent..... **920 euros par dent**
- Pilier de prothèse sur implant quelle que soit la position de la dent..... **200 euros par dent**
- Couronne ou intermédiaire de bridge (partie supra-osseuse)
 - Incisives et canines supérieures et inférieures, premières prémolaires inférieures et prémolaires supérieures... **600 euros par dent**
(dents 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 41 42 43 44)
 - Deuxièmes prémolaires inférieurs, molaires supérieures et inférieures **375 euros par dent**
(dents 16 17 18 26 27 28 35 36 37 38 45 46 47 48)

Lexique

TO Traitement d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le chirurgien-dentiste
 ORT Traitement d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin
 Tarif opposable..... Tarif conventionné ne pouvant pas faire l'objet d'un dépassement de la part des chirurgiens-dentistes conventionnés
 Tarif libre Tarif fixé librement par le chirurgien-dentiste

ANNEXE Optique

Verres

La garantie relative aux verres est fixée comme suit, par verre, selon la correction à apporter :

Si un bénéficiaire va chez un opticien du réseau Itelis, il n'a pas de reste à charge sur le verre qui correspond à son défaut visuel et son niveau de correction, y compris les éventuels traitements.

Classe de défaut visuel	Définition		Dans le réseau	
			Verre adulte et enfant	
	Puissance en dioptrie (myopie ou hypermétropie)	Cylindre (astigmatisme)	Verre simple foyer	Verre progressif
Classe 1	0 à 2	Inférieur ou égal à 2	Frais réels dans la limite des plafonds du contrat responsable	
Classe 2	0 à 2	de 2,25 à 4		
	2,25 à 4	Inférieur ou égal à 2		
Classe 3	2,25 à 4	de 2,25 à 4		
	4,25 à 6	Inférieur ou égal à 4		
Classe 4	6,25 à 8	Inférieur ou égal à 4		
	de 0 à 8	supérieur ou égal à 4,25		
Classe 5	Supérieur ou égal à 8,25	tous cylindres		

Si un bénéficiaire va chez un opticien en dehors du réseau Itelis, sa garantie est limitée aux montants définis ci-dessous (sans bénéfice des tarifs négociés) en fonction de son défaut visuel et de son niveau de correction, pour chacun des verres :

Classe de défaut visuel	Définition		Hors réseau	
			Verre adulte et enfant	
	Puissance en dioptrie (myopie ou hypermétropie)	Cylindre (astigmatisme)	Verre simple foyer	Verre progressif
Classe 1	0 à 2	Inférieur ou égal à 2	95 €	236 €
Classe 2	0 à 2	de 2,25 à 4	123 €	279 €
	2,25 à 4	Inférieur ou égal à 2		
Classe 3	2,25 à 4	de 2,25 à 4	159 €	283 €
	4,25 à 6	Inférieur ou égal à 4		
Classe 4	6,25 à 8	Inférieur ou égal à 4	300 €	300 €
	de 0 à 8	supérieur ou égal à 4,25		
Classe 5	Supérieur ou égal à 8,25	tous cylindres	300 €	326 €

Contacts utiles

Santésens

Site Santésens : <http://www.santesens.com/>

Téléconsultation

Le service de Téléconsultation est à votre disposition 24h/24 et 7j/7.

Pour appeler, le salarié doit se munir de son attestation de tiers payant, et composez le numéro de téléphone direct **01 55 92 27 54** (appel non surtaxé).

Bienveillance cancer

A tout moment avant ou après l'apparition de la maladie, ainsi que pour bénéficier du capital diagnostic, le service dédié d'AXA Assistance doit être contacté par l'assuré par téléphone au **01 55 92 12 04**, (prix d'une communication locale). Le n° de convention à indiquer lors de l'appel téléphonique est le **0803196**.