



Solutions AXA  
pour les entreprises  
Santé

# Notice d'information Santé Entreprise Responsable



POUR L'ENTREPRISE  
LE GROUPE AXA EN France  
CCN Assurance

Votre contrat n° 2704920

 assurance **citoyenne**

## SOMMAIRE

Chapitre	Page	Article	
<b>1. Vos garanties en détail</b>	<b>4</b>		
<b>2. Les dispositions relatives aux bénéficiaires</b>	<b>15</b>	2.1	Les bénéficiaires de la garantie
	<b>15</b>	2.2	Les conditions d'adhésion au régime de base
	<b>16</b>	2.3	Assurance individuelle
<b>3. Les dispositions relatives à votre garantie frais de santé</b>	<b>18</b>	3.1	Nos remboursements de la garantie Frais de santé
	<b>21</b>	3.2	Les documents nécessaires au remboursement
<b>4. Bien-être et prévention</b>	<b>25</b>	4.1	My Easy Santé
<b>5. Santé au quotidien</b>	<b>26</b>	5.1	Téléconsultation
	<b>28</b>	5.2	Les services en optique, dentaire et audioprothèse
<b>6. Accompagnement dans les moments difficiles</b>	<b>31</b>	6.1	Avant une hospitalisation : Hospiway d'Itelis
	<b>31</b>	6.2	Les services d'assistance dont vous bénéficiez
<b>7. Les maintiens de garantie dont vous bénéficiez</b>	<b>37</b>	7.1	Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013
	<b>38</b>	7.2	Maintien de l'assurance en cas de congés sans solde
	<b>38</b>	7.3	Maintien de l'assurance aux Invalides et Incapables dont le contrat de travail est rompu
	<b>39</b>	7.4	Maintien des garanties aux ayants droit d'un assuré décédé
	<b>39</b>	7.5	Maintien des garanties aux anciens salariés nommés agents généraux
<b>8. Les dispositions relatives à votre contrat</b>	<b>40</b>	8.1	La prescription
	<b>41</b>	8.2	Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale
	<b>41</b>	8.3	La législation relative aux traitements des données à caractère personnel
	<b>41</b>	8.4	Nous contacter
<b>9. Les entreprises adhérentes</b>	<b>43</b>		
<b>10. Définitions</b>	<b>44</b>	10.1	Définitions générales
	<b>53</b>	10.2	Définitions applicables aux services d'assistance

## Préambule

---

Votre employeur, le GROUPE AXA en France a souscrit un contrat frais de santé collective à adhésion obligatoire référencé au numéro 2704920.

Le groupe assuré par ce contrat est le suivant : **l'ensemble des salariés et assimilés salariés au sens de l'article L 311-3 du Code de la Sécurité sociale bénéficiant du Régime Professionnel de Prévoyance du personnel des sociétés d'assurance.**

Cette notice a pour but de vous informer des termes du contrat frais de santé collective à adhésion obligatoire, **en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2020**, que votre employeur a conclu avec nous.

Votre garantie prend effet à compter de votre adhésion individuelle, selon les dispositions de l'article « [Les conditions d'adhésion au régime de base](#) ».

Cette notice vous précise, dans les pages qui suivent, les prestations offertes lorsque le risque souscrit se réalise entre la date de début et de fin de garantie.

Dans cette notice, nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- Le terme « **Vous** », vous désigne en tant qu'adhérent à ce contrat de frais de santé collectif ;
- Le **souscripteur** désigne la personne morale ou le chef d'entreprise qui conclut le contrat pour l'ensemble de ses salariés appartenant au groupe assuré ; il sera le plus souvent désigné par « votre employeur » ;
- L'assureur est la société d'assurance qui garantit le risque souscrit ; il sera le plus souvent désigné par « **nous** » ;
- Le groupe assuré renvoie à la totalité des salariés pour lesquels votre employeur a conclu ce contrat frais de santé ;
- Les bénéficiaires sont l'assuré et ses ayants droit définis à l'article « [Les bénéficiaires de la garantie](#) ». Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le chapitre « [Définitions](#) ».

## 1. Vos garanties en détail

Nous vous présentons ci-dessous les montants et niveaux remboursés. Ils comprennent les prestations versées par la Sécurité sociale et celles versées par le BCAC (Bureau Commun des Assurances Collectives) au titre du RPP (Régime professionnel de Prévoyance) du personnel des sociétés d'assurance.

Ils viennent compléter ceux de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, que ce soit en secteur conventionné ou non.

Nous remboursons certaines prestations même non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.

Vous et chacun de vos ayants droit bénéficiez du tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

Complémentaire responsable base obligatoire	
Hospitalisation	BASE AXA (SS + BCAC + AXA RESPONSABLE) dans la limite des frais réels engagés
<b>Frais de séjour</b>	
dans un établissement conventionné	100% FR
dans un établissement non conventionné	80% FR dans la limite de 200% BR
La prise en charge de l'hospitalisation en établissement non conventionné sera au minimum égale à 100% BR	
<b>Honoraires</b>	
Médecins conventionné adhérents à l'un des DPTAM	100% FR
Médecins conventionné non adhérents à l'un des DPTAM	200% BR
Médecins non conventionné adhérents à l'un des DPTAM	280% BR
Médecins non conventionné non adhérents à l'un des DPTAM	200% BR
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	100 % Forfait
<b>Forfait actes lourds</b>	100 % Forfait
<b>Chambre particulière (par jour)</b>	3 % PMSS
<b>Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)</b>	2 % PMSS
<p>Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.</p> <p>L'indemnisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation,</li> <li>- des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale</li> </ul> <p>est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>Au delà de 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur. Cette limitation ne s'applique pas au forfait journalier.</p>	
<b>Maternité</b>	
<b>Forfait maternité (y compris en cas d'adoption)</b>	20 % PMSS

		Complémentaire responsable base obligatoire
Dentaire	BASE AXA (SS + BCAC + AXA RESPONSABLE) dans la limite des frais réels engagés	
<b>Soins et prothèses 100% Santé*</b>		100 % PLV
<b>Soins (Hors 100% Santé)</b>		
Consultations, soins courants (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), radiologie, chirurgie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale		150% BR
les quatre actes suivants de parodontologie (non pris en charge):		
-	Curetage / surfaçage (maximum 2 séances par année civile et par bénéficiaire)	140 euros par séance
-	Grefte gingivale (maximum une greffe par année civile et par bénéficiaire)	350 euros par greffe
-	Allongement Coronaire (maximum 4 interventions par année civile et par bénéficiaire)	120 euros par intervention
-	Lambeau (maximum 4 interventions par année civile et par bénéficiaire)	220 euros par intervention
<b>Prothèses (Hors 100% Santé)</b>		
à tarifs limités**		
Prothèses fixes unitaires		Entre 375 euros et 600 euros selon la position de la dent dans la limite de 100 % PLV
Prothèses amovibles "résine"	Jusqu'au 31 décembre 2020	Entre 565 euros et 1850 euros selon le type d'appareil et le nombre de dents
	A partir du 1er janvier 2021	Entre 565 euros et 1850 euros selon le type d'appareil et le nombre de dents dans la limite de 100 % PLV
Prothèses amovibles "métallique"	Jusqu'au 31 décembre 2021	Entre 1 010 euros et 1 235 euros selon le type d'appareil et le nombre de dents
	A partir du 1er janvier 2022	Entre 1 010 euros et 1 235 euros selon le type d'appareil et le nombre de dents dans la limite de 100 % PLV
Prothèses provisoires		Entre 30 euros et 60 euros selon la position de la dent dans la limite de 100% PLV
Inlay Core		210 % BR dans la limite de 100 % PLV
Couronne et intermédiaire de bridge (partie supra-osseuse)		Entre 375 euros et 600 euros selon la position de la dent dans la limite de 100 % PLV
Inlays / onlays	Jusqu'au 31 décembre 2020	Entre 375 euros et 600 euros selon la position de la dent
	A partir du 1er janvier 2021	Entre 375 euros et 600 euros selon la position de la dent dans la limite de 100 % PLV
Réparation de prothèse et autres actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale		430% BR dans la limite de 100% PLV

		Complémentaire responsable base obligatoire
Dentaire	BASE AXA (SS + BCAC + AXA RESPONSABLE) dans la limite des frais réels engagés	
<b>Prothèses (Hors 100% Santé)</b>		
à tarifs libres***		
Prothèses fixes unitaires	Entre 375 euros et 600 euros selon la position de la dent	
Prothèses amovibles	Entre 565 euros et 1850 euros selon le type d'appareil et le nombre de dents	
Prothèses provisoires	Entre 30 euros et 60 euros selon la position de la dent	
Couronne et intermédiaire de bridge (partie supra-osseuse)	Entre 375 euros et 600 euros selon la position de la dent	
Inlay Core	210 % BR	
Inlays / onlays	Entre 375 euros et 600 euros selon la position de la dent	
Réparation de prothèse et autres actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale	430% BR	
Pour les prothèses (autres que les prothèses provisoires) à tarifs limités ou libres dans la limite de, prothèses par année civile et par bénéficiaire Au-delà, la garantie est réduite à un remboursement maximum de 210% BR	6	
Pour les prothèses provisoires à tarifs limités ou libres dans la limite de, prothèses par année civile et par bénéficiaire	6	
<b>Orthodontie</b>		
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	430 % BR	
Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale, par semestre dans limite de 4 semestres consécutifs par bénéficiaire	27 % PMSS	
<b>Implantologie dentaire</b>		
- Fixture (Partie intra-osseuse)	920 euros quelle que soit la position de la dent	
- Pilier	200 euros par dent	
dans la limite de, par an et par bénéficiaire	3	
<p><b>*Soins et prothèses 100% Santé</b> : 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 (<b>Prix Limite de Vente : PLV</b>) 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 <b>Montant Remboursé</b> par la Sécurité sociale (<b>MR</b>).</p>		
<p><b>**Prothèses à tarifs limités</b> : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (<b>Prix Limite de Vente : PLV</b>) 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 <b>Montant Remboursé</b> par la Sécurité sociale (<b>MR</b>).</p>		
<p><b>***Prothèses à tarifs libres</b> : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.</p>		

Soins courants		Complémentaire responsable base obligatoire
Honoraires médicaux		BASE AXA (SS + BCAC + AXA RESPONSABLE) dans la limite des frais réels engagés
<b>Secteur Conventionné</b>		
Consultations et visites d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM		320 % BR
Consultations et visites d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM		200% BR
Consultations et visites d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM		320 % BR
Consultations et visites d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM		200% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM		320 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM		200% BR
<b>Secteur Non Conventionné</b>		
Consultations et visites d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM		200% BR
Consultations et visites d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM		200% BR
Consultations et visites d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM		200% BR
Consultations et visites d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM		200% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM		200% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM		200% BR
<b>Imagerie médicale</b>		
<b>Secteur Conventionné</b>		
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM		320 % BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM		200% BR
<b>Secteur Non Conventionné</b>		
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM		200 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
<b>Secteur Conventionné</b>		
pris en charge par la Sécurité sociale		310% BR
<b>Secteur Non Conventionné</b>		
pris en charge par la Sécurité sociale		200% BR

		Complémentaire responsable base obligatoire
Soins courants	BASE AXA (SS + BCAC + AXA RESPONSABLE) dans la limite des frais réels engagés	
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
<b>Secteur Conventionné</b>		
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues		310% BR
<b>Secteur Non Conventionné</b>		
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues		200% BR
<b>Médicaments</b>		
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 65%, 30% et 15%		100% BR
Moyens de contraception pris en charge ou non par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de		100% FR dans la limite de 50 €
<b>Matériel Médical</b>		
Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale.		465% BR
Lecteur de glycémie et capteurs Freestyle libre		1 500 euros
<b>Médecines non conventionnelles</b>		
Actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, par séance		4% PMSS
	Acupuncteur	
	Chiropracteur	
	Diététicien	
	Naturopathe	
	Ostéopathe	
	Sophrologue	
dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :		3 séances
<p><b>Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n° ADELI, RPPS ou le n°FINESS du praticien sera demandé.</b></p>		

	Complémentaire responsable base obligatoire
<b>Aides auditives</b>	<b>BASE AXA (SS + BCAC + AXA RESPONSABLE) dans la limite des frais réels engagés</b>

**Jusqu'au 31 décembre 2020**

Equipements de classe 1 ou 2	565 % BR
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	565 % BR

**A partir du 1er janvier 2021**

Equipements 100% Santé* (Classe 1)	100 % PLV
Equipements à tarifs libres (Classe 2)	
Adulte (Bénéficiaire de 21 ans ou plus) par oreille et par période de 4 ans	1700 euros
Enfant (Bénéficiaire de moins de 21 ans) par oreille et par période de 4 ans	1700 euros

**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 de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.**

Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	565 % BR
--	----------

**\*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 la Sécurité sociale (**MR**).

<b>Autres Postes</b>	
----------------------	--

<b>Frais de Transport</b>	200% BR
---------------------------	---------

<b>Cures Thermales</b> : frais médicaux, de séjour et de transport pris en charge par le Sécurité sociale	100% MR + 20% PMSS
---	--------------------

Les honoraires d'un médecin non adhérent à l'un des DPTAM sont plafonnés à TM+100% BR

<b>Optique</b>	
----------------	--

**Verres et monture**

Equipements 100% Santé*	100 % PLV
Grille Optique Verres et monture à tarifs libres	Itelis - Opti 5

**Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans 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 la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.**

**\*Equipements 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'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième 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 la Sécurité sociale (**MR**).

**Autres postes optique**

Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	9 % PMSS
Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur de	100 % TM
L'opération de la myopie (hypermétropie) laser (par œil)	15% PMSS
Implants intraoculaires multifocaux posés à l'occasion de l'opération de la cataracte	326 euros par œil

	Complémentaire responsable base obligatoire
Prévention	BASE AXA (SS + BCAC + AXA RESPONSABLE) dans la limite des frais réels engagés
Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché, par année civile et par bénéficiaire	6% PMSS
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 séances maximum	150% BR
Médicaments et produits à base de nicotine, pris en charge ou non par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans un but de sevrage tabagique, avec autorisation de mise sur le marché ou norme Afnor, par année civile et par bénéficiaire	30 euros
Dépistage de l'Hépatite B :	
- Acte conventionné	310% BR
- Acte non conventionné	200% BR
Test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test par grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250	600 euros
Ostéodensitométrie sur prescription médicale	Prise en charge d'un examen dans la limite de 85 euros
Amniocentèse non prise en charge par la Sécurité sociale	230 euros
Tensiomètre (remboursé après inscription à l'outil d'évaluation de Santésens)	100% FR dans la limite de 80 € tous les 3 ans
Dépistage du cancer colorectal Septine 9, par année civile et par bénéficiaire	100 euros
Tout acte de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale :	TM

## Services

### Itelis

Le Réseau Itelis permet aux assurés d'avoir accès à des soins de qualité, en protégeant leur budget (conditions précisées à l'article 5.2 de votre notice).

Hospipay : Pour préparer au mieux votre hospitalisation ou celle d'un proche, le service Hospipay vous permet de faire une recherche d'établissement parmi 200 pathologies sur la zone géographique souhaitée. Les données sont issues des 20 millions d'hospitalisations en France, à la fois lourdes et fréquentes. C'est un véritable guide de l'hospitalisation en France.

### Assistance

Nous mettons en œuvre des services complémentaires :

- en cas d'atteinte corporelle grave,
- en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile pour une durée de plus de 5 jours,
- en cas de grossesse ou d'hospitalisation dans un service de maternité pour une durée de plus de 5 jours,
- en cas de première maternité ou de naissance multiple,
- en cas de chimiothérapie et/ou radiothérapie,
- en cas de décès suite à un accident corporel.

Pour bénéficier de ces services, vous pouvez contacter le numéro suivant : 01 72 59 51 60.

### My Easy Santé

Le programme de prévention digitale My Easy Santé aide l'ensemble des assurés à préserver, améliorer leur santé au quotidien et réduire leurs facteurs de risque (détails du programme précisés au chapitre 4 de votre notice).

### Téléconsultation médicale

24h/24  
 Numéro de téléphone sans surcoût  
 Depuis la France : 36 33  
 Depuis l'étranger : +33 1 55 92 27 54  
 Conditions précisées à l'article 5.1 de votre notice

## Vos garanties Optique dans le détail

### Sélection de notre partenaire Itelis

#### Les garanties incluent le remboursement obligatoire de l'Assurance Maladie

- Si vous allez chez un opticien partenaire du réseau Itelis :
  - vous n'avez pas de reste à charge sur les verres de marques dont les caractéristiques sont indiquées dans le tableau ci-dessous,
  - vous bénéficiez de tarifs négociés et de verres de qualité même si vous choisissez un autre type de verre que celui de la sélection. Dans ce cas, vous aurez à votre charge l'éventuelle différence de prix entre le prix du verre choisi et le prix du verre ci-dessous.
- Si vous vous rendez chez un opticien non partenaire du réseau itelis, vous ne bénéficiez pas de tarifs négociés et votre garantie est limitée aux montants ci-dessous en fonction de votre défaut visuel et de votre niveau de correction, pour chacun des verres Unifocaux et Multifocaux dont les caractéristiques varient selon l'opticien.

#### Pour Base, sélection OPTI 5

Correction	Dans le réseau Optique Itelis, Remboursement intégral		Hors réseau optique Itelis, remboursement jusqu'à,	
	Caractéristique du verre Unifocal de marque exclusivement	Caractéristique du verre Multifocal de marque exclusivement	Verre unifocal	Verre multifocal
<b>Faible</b>	Tous types de verres dont : Verre aminci en fonction de la correction Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre aplani Verre sur-mesure Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée Teinte photochromique (fonce au soleil)	Tous types de verres dont : Verre aminci en fonction de la correction Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Verre progressif sur-mesure Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée Teinte photochromique (fonce au soleil)	95 euros	236 euros
<b>Modéré</b>			123 euros	279 euros
<b>Moyen</b>			159 euros	283 euros
<b>Elevé</b>			300 euros	300 euros
<b>Très élevé</b>			300 euros	326 euros
<b>Monture</b>	100 euros			

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans 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 la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

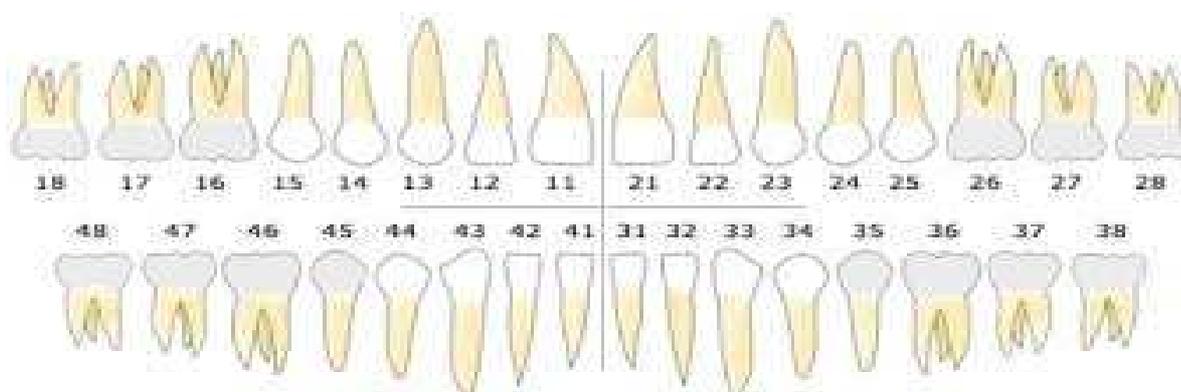
Niveau de correction	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre
<b>Faible</b>	Sphère	De -2 à +2	0
	Sphère	De -2 à 0	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De 0 à +2	Strictement supérieur à 0
<b>Modéré</b>	Sphère	De -4 à -2,25 ou de +2,25 à +4	0
	Sphère	De -4 à -2,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +2,25 à +4	Strictement supérieur à 0
<b>Moyen</b>	Sphère	De -6 à -4,25 ou de +4,25 à +6	0
	Sphère	De -6 à -4,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +4,25 à +6	Strictement supérieur à 0
<b>Elevé</b>	Sphère	De -8 à -6,25 ou de +6,25 à +8	0
	Sphère	De -8 à -6,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +6,25 à +8	Strictement supérieur à 0
<b>Très élevé</b>	Sphère	Strictement inférieur à -8 ou strictement supérieur à +8	0
	Sphère	De -8 à 0	Strictement supérieur à +4
	Sphère	Strictement inférieur à -8	Strictement supérieur à 0
	Sphère + Cylindre	Strictement supérieur à +8	Strictement supérieur à 0

## Vos garanties Dentaire dans le détail (hors 100% santé)

Les appareils amovibles sont pris en charge selon leur type et leur taille :

APPAREIL 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 ci-après, définies pour chaque dent, le sont en fonction de sa situation sur le schéma dentaire ci-dessous :



### Prothèses dentaires fixes (Couronnes, piliers de bridge et inter de bridge) (limitées à 6 éléments par année civile et par bénéficiaire)

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

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

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

### Implants (limités à 3 éléments par année civile et par bénéficiaire)

- 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

### LEXIQUE :

- TO Traitement d'orthopédie dento-faciale pratiqué par le chirurgien-dentiste
- ORT Traitement d'orthopédie dento-faciale pratiqué 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

## Comprendre les abréviations de votre tableau de garanties

**DPTAM** = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.

**PMSS** = 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.

**FR-SS** = Frais réel moins le remboursement de la Sécurité sociale : cela signifie que la garantie couvre la totalité des dépenses engagées par l'assuré, à l'exception de la part remboursée par la Sécurité sociale.

**MR** = Montant remboursé par la Sécurité sociale.

**PLV** = Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. 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.**

## Définitions 100% Santé

### Dentaire

(1) **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 la Sécurité sociale (**MR**).

(2) **Prothèses à tarifs limités** : Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et 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 la Sécurité sociale (**MR**).

(3) **Prothèses à tarifs libres** : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale.

### Aides auditives

(4) **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 la Sécurité sociale (**MR**).

### Optique

(5) **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'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième 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 la Sécurité sociale (**MR**).

## 2. Les dispositions relatives aux bénéficiaires

### 2.1. Les bénéficiaires de la garantie

Vous et vos ayants droit bénéficiez de la garantie. Les ayants droit sont les membres de votre famille définis ci-après :

- **Votre conjoint** (ou à défaut votre partenaire lié par un PACS, à défaut votre concubin, non marié ni lié par un PACS à un tiers) n'exerçant aucune activité professionnelle et ne percevant aucun revenu propre (traitement/salaire, BIC, BA, BNC, pension/retraite/rente) tel que défini dans le cadre de l'imposition sur le revenu.
- **Vos enfants et ceux de votre conjoint ayant droit:**
  - âgés de moins de 25 ans, s'ils sont à votre charge au sens de la législation fiscale,
  - âgés de 25 ans à moins de 28 ans, s'ils remplissent une des conditions suivantes :
    - suivre des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance,
    - être à la recherche d'un premier emploi, inscrit au Pôle Emploi. Vos enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi.
  - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 Juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire ou qui, à la demande des parents, ont fait l'objet d'une décision de la Maison départementale des personnes handicapées (« MDPH »), matérialisée par la délivrance d'une carte d'Invalidité.
- **Vos ascendants et ceux de votre conjoint ayant droit :**
  - justifiant vivre sous votre toit,
  - n'exerçant aucune activité professionnelle et ne percevant aucun revenu propre (traitement/salaire, BIC, BA, BNC, pension/retraite/rente) tel que défini dans le cadre de l'imposition sur le revenu.

Nous nous réservons le droit de demander toute pièce justifiant du statut d'ayants droit.

### 2.2. Les conditions d'adhésion au régime de base

#### Pour vous, assuré

Sauf dispositions dérogatoires prévues par la réglementation en vigueur, l'adhésion est obligatoire si vous répondez à l'ensemble des critères suivants :

- vous appartenez au groupe assuré bénéficiant du Régime Professionnel de Prévoyance du personnel des sociétés d'assurance,
- vous êtes affilié à un régime obligatoire de Sécurité sociale,
- vous bénéficiez d'un contrat de travail en vigueur.

Par ailleurs, afin d'être admis à l'assurance, vous devez :

- à la date d'effet du contrat, faire partie de l'ensemble des salariés assurés à la veille de ladite date, au titre du contrat émis sous le même numéro,
- ultérieurement à la date d'effet du contrat, sauf dispositions dérogatoires prévues par la réglementation en vigueur et présentes dans les dispositifs de votre employeur, dès la date d'entrée dans le groupe assuré, faire partie des salariés dont le contrat de travail est en vigueur.

Vous continuez de bénéficier des garanties du présent contrat en cas de suspension de votre contrat de travail pour maladie, accueil de l'enfant ou accident avec ou sans indemnisation de votre employeur, ou pour une autre cause avec indemnisation de votre employeur.

La notion d'accueil de l'enfant renvoie aux congés de maternité (article L1225-17 du Code du travail), de paternité et d'accueil de l'enfant (article L1225-35 du Code du travail).

Pour tout autre cas de suspension de votre contrat de travail, vos garanties sont maintenues selon les dispositions du chapitre « [Les maintiens de garantie dont vous bénéficiez](#) »

## La durée de la garantie du régime de base

### Le début de la garantie du régime de base :

Vous bénéficiez de notre garantie :

- dès la date d'effet du contrat quand vous êtes déjà membre du groupe assuré,
- à la date de votre entrée dans le groupe assuré quand vous en devenez membre après la date d'effet du contrat.

### La fin de la garantie du régime de base :

L'assurance se poursuit pendant l'existence du présent contrat.

Elle est suspendue pendant les congés (sans indemnisation de votre employeur) autres que maladie, maternité, paternité, adoption ou accident, sauf application des dispositions visées au Chapitre « [Les maintiens de garantie dont vous bénéficiez](#) ». Elle est maintenue durant les périodes de dispense d'activité définies par application de l'accord RSG du 20 février 2014 relatif à la Transition Activité / Retraite.

L'assurance prend fin :

- à la date à laquelle vous ne faites plus partie du groupe assuré,
- à la date de rupture de votre contrat de travail, sauf en cas de maintien de l'assurance tel que prévu à l'article « [Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013](#) »,
- à la date d'attribution de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf lorsque vous bénéficiez du dispositif de cumul emploi retraite,
- et, dans tous les cas, à la date de résiliation du contrat.

## Pour vos ayants droit

Vos ayants droit bénéficient de la garantie au plus tôt à la date d'effet du contrat, ou à la date à laquelle ils répondent à la définition des ayants droit visée au paragraphe « [Les bénéficiaires de la garantie](#) ».

La cessation ou la suspension de votre assurance s'applique à vos ayants droit à la même date, sauf dans le cas du bénéfice du maintien de l'assurance tel que visé au Chapitre « [Maintien des garanties aux ayants droit d'un assuré décédé](#) ».

## 2.3. Assurance individuelle

Une assurance de groupe à adhésion individuelle est proposée :

- si vous êtes en invalidité (et indemnisé comme tel par la Sécurité sociale), licencié, préretraité ou retraité. La demande d'adhésion doit être transmise dans les six mois qui suivent votre rupture du contrat de travail (ou, lorsque le présent contrat prévoit un maintien de l'assurance dans l'un ou l'autre des cas visés, dans les deux mois qui suivent la cessation dudit maintien),
- à vos ayants droit (tel que défini à l'article « [Les bénéficiaires de la garantie](#) ») en cas de décès. La demande d'adhésion doit être transmise dans les six mois qui suivent le décès (ou, dans les 2 mois qui suivent la cessation du maintien prévu à l'article « [Maintien des garanties aux ayants droits d'un assuré décédé](#) »), pour une durée de 12 mois.

Cette assurance prend effet au lendemain de la demande, elle est accordée sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical lorsque le montant des prestations est au plus équivalent à celui du contrat dont cette notice fait

l'objet. Conformément aux conditions prévues par le décret n° 90-769 du 30 août 1990, l'augmentation de tarif de cette assurance individuelle est limitée à 50 % du tarif global applicable aux salariés.

Une assurance de groupe à adhésion individuelle vous est également proposée si votre contrat de travail est en vigueur, dans les deux mois qui suivent la résiliation du présent contrat, lorsque ce dernier n'est pas remplacé par un autre contrat d'assurance de groupe. Cette assurance prend effet au lendemain de la demande, elle est accordée sans période probatoire ni examen ou questionnaire médical lorsque le montant des prestations est au plus équivalent à celui du présent contrat.

## 3. Les dispositions relatives à votre garantie frais de santé

Lorsqu'un bénéficiaire de votre contrat engage des dépenses de santé pour cause de maladie, de maternité ou d'accident, la garantie prévoit le versement de prestations définies dans votre contrat qui s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés.

Les prestations de remboursement des frais de santé ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables de la situation du bénéficiaire, pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L. 131-2 du Code des assurances).

### 3.1. Nos remboursements de la garantie Frais de santé

#### Contrat « responsable »

Votre contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1 et L 160-13 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application et est conforme aux dispositions de la réforme du « 100% santé », instituée par la Loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019. En conséquence :

#### Il prend en charge :

- l'intégralité de la participation du bénéficiaire de votre contrat sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie,
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée,
- l'intégralité des dépenses sans reste à charge pour certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant les plafonds des Prix Limites de Vente conventionnels. La mise en place de cette prise en charge se fait progressivement selon le calendrier réglementaire.

#### Il ne prend pas en charge :

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des DPTAM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisés) au-delà de la limite fixée par décret,
- la majoration de la participation du bénéficiaire de votre contrat et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds),
- les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente des équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels.

Il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci. Il permet également aux bénéficiaires de votre contrat, de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

En outre, votre contrat :

- respecte le niveau minimum des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L 911-7 du code de la Sécurité sociale,
- reprend l'ensemble des libellés normés et des exemples de remboursement en euros, conformément à l'engagement sur la lisibilité des garanties pris par les assureurs complémentaires envers les pouvoirs publics.

#### Les frais que nous prenons en charge

Nous remboursons les soins dont la date figurant sur le bordereau de la Sécurité sociale est comprise entre le début et la fin de la garantie. Nous remboursons également les prestations, non prises en charge par la sécurité sociale mais prévues dans les garanties du présent contrat, pour lesquelles la date indiquée sur la facture est comprise entre le début et la fin de la garantie.

Ainsi, nous prenons notamment en charge les frais suivants, réalisés entre la date de début et la date de fin de garantie :

## HOSPITALISATION

- les frais de séjour, y compris les produits de la LPP (Liste des Produits et Prestations) facturables et les spécialités pharmaceutiques,
- les honoraires médicaux et chirurgicaux,
- le forfait actes lourds,
- le forfait journalier sans limitation de durée,
- la chambre particulière,
- le lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans.

Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière effectués dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement sont pris en charge à partir du 6<sup>e</sup> jour d'hospitalisation, les cinq premiers jours étant pris en charge au titre de la maternité. En cas de césarienne, les frais (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le 1<sup>er</sup> jour au titre de l'hospitalisation.

L'indemnisation :

- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours remboursés par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation,
- des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale,

est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà, nous garantissons le ticket modérateur.

## MATERNITE

Les frais d'accouchement (et des 5 premiers jours d'hospitalisation) d'une bénéficiaire de la garantie. Au-delà du 5<sup>ème</sup> jour, les frais sont pris en charge au titre de l'hospitalisation.

## DENTAIRE

- les consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie remboursés par la Sécurité sociale,
- la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale,
- les prothèses fixes, les prothèses provisoires, et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations) remboursés par la Sécurité sociale,
- l'orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale,
- l'implantologie dentaire.

## SOINS COURANTS

- les consultations des médecins généralistes et spécialistes, les visites, de même que les actes techniques médicaux et les actes de chirurgie qu'ils peuvent réaliser,
- les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux,
- les examens médicaux (analyses biologiques, radiographies, actes d'imagerie, échographies et dopplers...),
- les médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, médicalement prescrits, figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'ANSM,
- les appareillages et autres prothèses diverses : pansements, béquilles, prothèses mammaires, capillaires...,
- le lecteur de glycémie et capteurs Freestyle libre.

## MEDECINES NON CONVENTIONNELLES

Les séances d'**acupuncture**, de **chiropraxie**, de **diététique**, de **naturopathie**, d'**ostéopathie** et **sophrologie**, non remboursées par la Sécurité sociale, dans les conditions suivantes :

- les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession,
- les chiropracteurs doivent être 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 acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins,
- les diététiciens, les naturopathes et les sophrologues doivent être inscrits au répertoire d'automatisation des listes (ADELI) ou au Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS).

Les séances sont limitées à 3 par année civile et par bénéficiaire.

## AIDES AUDITIVES

- les prothèses auditives,
- les accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale.

## AUTRES POSTES

- cures thermales : les frais médicaux, les frais de séjour et les frais de transport pour la même durée que celle remboursée par la Sécurité sociale,
- frais de transport.

## PRÉVENTION

- les vaccins remboursés ou non par la Sécurité sociale, et prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché,
- les médicaments et produits à base de nicotine, pris en charge ou non par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans un but de sevrage tabagique, avec autorisation de mise sur le marché ou norme Afnor, par année civile et par bénéficiaire,
- le dépistage de l'hépatite B,
- le détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 séances maximum,
- test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test par grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250,
- ostéodensitométrie sur prescription médicale,
- amniocentèse non prise en charge par la Sécurité sociale,
- tensiomètre (remboursé après inscription à l'outil d'évaluation de Santésens),
- dépistage du cancer colorectal Septine 9, par année civile et par bénéficiaire,
- tout acte de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale.

En outre, nous proposons en partenariat avec la société Smartsanté Gestion, la **Prévention du risque cardiovasculaire : Santésens**.

Santésens consiste en :

- la **mise en œuvre d'un système d'évaluation en ligne et de suivi à distance** des facteurs de risque cardiovasculaire ciblés sur l'hypertension artérielle, le diabète non insulino-dépendant, et la dyslipidémie (ci-après le « Système Expert cardiosens ») ;
- et la **prise en charge d'un autotensiomètre** prescrit médicalement pour vous et vos conjoints ayant réalisé leur évaluation en ligne et s'étant inscrits au module de suivi, dans les conditions décrites ci-après.

Santésens est proposé par AXA France, en partenariat avec la société Smartsanté Gestion, laquelle est seule responsable de la mise en œuvre et de la gestion du Système Expert selon les modalités prévues dans l'accord de partenariat et son protocole de gestion.

Smartsanté Gestion, responsable de traitement au sens de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, s'engage auprès des entreprises adhérentes à assurer la confidentialité et la sécurité des données traitées, et la conformité à la réglementation informatique et libertés.

### Système Expert

Les bénéficiaires de votre contrat, ainsi que leur conjoint, disposent d'un accès en ligne au Système Expert cardiosens. Nous nous engageons à mettre en œuvre les moyens nécessaires à la fourniture et à la maintenance du Système Expert cardiosens. Nous nous réservons le droit, notamment pour des raisons de maintenance ou de sécurité du Service, de suspendre momentanément et sans préavis l'accès à Santésens ou à certaines de ses fonctions. Notre responsabilité ne pourra en aucun cas être recherchée en cas d'indisponibilité ou de mauvais fonctionnement du Système Expert cardiosens et ce, pour quelle que raison que ce soit.

## OPTIQUE

- la monture,
- les verres,
- les lentilles de contact correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale,
- l'opération de la myopie et de l'hypermétropie par laser remboursée ou non par la Sécurité sociale,
- les implants intraoculaires multifocaux posés à l'occasion de l'opération de la cataracte.

## EXCLUSIONS

- Nous ne prenons pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale.
- Les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de cette dernière, sauf s'ils concernent des interdictions de prise en charge du « contrat responsable ».

### 3.2. Les documents nécessaires au remboursement

En cas de télétransmission entre la Sécurité sociale et nous, vous et chacun de vos ayants droit n'avez pas à nous transmettre vos décomptes de la Sécurité sociale.

#### 3.2.1. Pour les actes autres que le dentaire et le l'optique

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS A NOUS TRANSMETTRE
<b>HOSPITALISATION</b>	<p>Selon la facturation dont relève l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,</li> <li>- L'original de la facture acquittée et détaillée,</li> <li>- L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement.</li> </ul> <p>Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires acquittées et détaillées</p>
<b>MATERNITE</b>	Un extrait d'acte de naissance de l'enfant

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS A NOUS TRANSMETTRE
<b>SOINS COURANTS</b>	
Honoraires médicaux	L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée
Les médicaments remboursés par la Sécurité sociale	L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée, ou la facture du pharmacien, détaillée au nom du bénéficiaire et acquittée, si du tiers payant a été pratiqué pour la part du régime obligatoire
Les moyens de contraception féminine non remboursés par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin	La prescription médicale et l'original de la facture ou pièce numérisée
Les médicaments non remboursés par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin	
Lecteur et capteurs Freestyle libre	- l'original de la prescription médicale datant de moins de deux ans, - la facture détaillée au nom du bénéficiaire et acquittée.
<b>LES APPAREILLAGES ET AUTRES PROTHESES DIVERSES (AUTRES QUE LES PROTHESES DENTAIRES ET AUDITIVES)</b>	
	L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée
En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale	La facture détaillée
<b>MEDECINE NON CONVENTIONNELLE</b>	
	L'original de la facture ou pièce numérisée avec le n° ADELI, le n° RPPS ou le n°FINESS du praticien
<b>AIDES AUDITIVES</b>	
	L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée
En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale	La facture détaillée
Pour les dispositifs partenaires achetés au sein du réseau de partenaires	Une demande de prise en charge
<b>AUTRES POSTES</b>	
	- L'original du décompte de la Sécurité sociale, ou pièce numérisée - En cas de dépassement de la base de remboursement de la Sécurité sociale, l'original de la facture détaillée au nom du bénéficiaire et acquittée.
Frais de transport	L'original du décompte de la Sécurité sociale, ou pièce numérisée
Cures thermales	L'original du décompte de la sécurité sociale ou pièce numérisée L'original de la facture ou pièce numérisée au nom du bénéficiaire et acquittée
<b>PREVENTION</b>	
	- la prescription médicale, - l'original de la facture ou pièce numérisée, détaillée au nom du bénéficiaire et acquittée, du pharmacien, en ce qui concerne les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale, - l'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée, en ce qui concerne le dépistage de l'hépatite B et le détartrage sus et sous gingival.
Test ADN de dépistage de la trisomie 21	- la prescription médicale mentionnant un risque de trisomie supérieur à 1/250 <sup>ème</sup> - l'original de la facture ou pièce numérisée, détaillée au nom du bénéficiaire et acquittée, - l'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée si le test est remboursé par la Sécurité sociale

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS A NOUS TRANSMETTRE
<b>PREVENTION</b>	-
Frais de prévention dépistage du cancer colorectal Septine 9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la prescription médicale</li> <li>- l'original de la facture ou pièce numérisée, détaillée au nom du bénéficiaire et acquittée,</li> <li>- l'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée si le dépistage est remboursé par la Sécurité sociale</li> </ul>
Frais de prévention des risques cardiovasculaires Santésens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le formulaire de demande de remboursement de l'autotensiomètre accessible depuis cardiosens, complété et signé,</li> <li>- l'original de l'ordonnance médicale ou pièce numérisée précisant la prescription d'un autotensiomètre,</li> <li>- l'original de la facture ou pièce numérisée au nom de l'assuré, détaillée et acquittée.</li> </ul>

### 3.2.2. Procédure de règlement des soins dentaires et prothèses dentaires

#### Avec dispense d'avance de frais

Vous et chacun de vos ayants droit pouvez demander la dispense d'avance de frais des montants que nous prenons en charge, s'agissant de couronnes, d'éléments de bridge ou d'implants, dès lors que vous vous adressez à un chirurgien-dentiste au sein de notre réseau partenaire. Vous devez pour cela nous adresser le formulaire « demande d'entente préalable et de prise en charge par AXA ».

Dans ce cas, vous ne réglez au chirurgien-dentiste que la part prise en charge par la Sécurité sociale, et la part restant éventuellement à votre charge.

#### Sans dispense d'avance de frais

Vous et chacun de vos ayants droit réglez le chirurgien-dentiste et êtes ultérieurement remboursés par nos soins, sous réserve de la remise des pièces justificatives visées ci-après, que nous conserverons :

- l'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée, lorsqu'il n'est pas télétransmis par cette dernière,
- le relevé d'honoraires du chirurgien-dentiste qui doit préciser le numéro des dents traitées et la nature des prothèses posées et, pour les implants, les éléments permettant de déterminer le montant de la prestation.

### 3.2.3. Procédure de règlement en Optique

#### Avec dispense d'avance de frais (verres, montures, lentilles figurant à la L.P.P.)

Vous et chacun de vos ayants droit pouvez demander la dispense d'avance de frais des montants que nous prenons en charge, dès lors que vous vous adressez à un opticien au sein de notre réseau partenaire.

Dans ce cas, vous ne réglez à l'opticien que la part prise en charge par la Sécurité sociale, sauf accord spécifique de tiers-payant, et la part restant éventuellement à votre charge.

#### Sans dispense d'avance de frais

Vous et chacun de vos ayants droit réglez l'opticien et êtes ultérieurement remboursés par nos soins, sous réserve de la remise des pièces justificatives visées ci-après, que nous conserverons :

- l'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée, lorsqu'il n'est pas télétransmis par cette dernière,
- l'original de la facture détaillée ou pièce numérisée au nom du bénéficiaire et acquittée,
- la prescription médicale de l'ophtalmologiste, ou bien une copie de la prescription médicale initiale de l'ophtalmologiste en cas d'adaptation par un opticien lunetier d'une prescription médicale initiale dans le cadre du décret n° 2007-553 du 13 avril 2007.

## Quelques informations supplémentaires

Nous conserverons les pièces justificatives transmises.

A défaut des pièces justificatives, nous considérons que les dépenses réelles n'ont pas excédé le tarif de la Sécurité sociale.

La facture doit comporter la **mention "acquittée"** et détailler les prestations, le **prix** et la **date** à laquelle ces prestations ont été réalisées.

Nous pouvons vous demander, si besoin, toute autre pièce ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit de l'assuré.

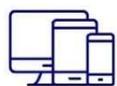
**Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, être adressées dans les 24 mois suivant la date des soins.**

## 4. Bien-être et prévention

---

### 4.1. My Easy Santé

Soigner c'est bien, prévenir c'est mieux. Le programme de prévention digital My Easy Santé aide l'ensemble des bénéficiaires de vos contrat à préserver, améliorer leur santé au quotidien et réduire leurs facteurs de risque.



**My Easy Santé c'est une appli simple à télécharger, ou accessible sur [myeasysanté.fr](https://myeasysanté.fr)**

Avec My Easy Santé vous et chacun de vos ayants droit trouvez :

- des tests conçus par les meilleurs experts médicaux pour connaître votre âge santé et découvrir le programme adapté à vos besoins,
- une sélection de programmes de coaching testés et approuvés, avec des réductions exclusives, négociées par nos soins,
- les dernières actualités santé pour mieux se nourrir, mieux dormir, bouger davantage et garder la forme,
- la possibilité d'y relier tous vos objets connectés pour un suivi simple et en temps réel de vos progrès,
- de bons plans santé pour tous, des défis à relever pour améliorer votre santé,
- la téléconsultation accessible à tout moment pour un accompagnement médical tout au long du programme.

Compte tenu de l'évolution constante des technologies, nous nous réservons le droit de changer de prestataire pour vous permettre de bénéficier à tout moment du meilleur service. Vous serez informé de ce changement par tout moyen, sans qu'il soit prévu de le formaliser par un avenant au présent contrat

## 5. Santé au quotidien

Nous prenons en charge les seules prestations que nous organisons. Pour la mise en place des services d'assistance, vous ou l'un de vos ayants droit doit nous contacter au numéro figurant sur votre attestation de tiers payant santé.

Nous ne pouvons être tenus pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

### 5.1. Téléconsultation

#### Présentation de la garantie

La Téléconsultation est une garantie de consultation médicale à distance dont la mise en œuvre est confiée à AXA Assistance (6 rue André Gide -92320 Châtillon, - 311 338 339 RCS Nanterre).

Cette activité d'AXA Assistance est officiellement enregistrée, conformément au décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé médecine, et s'exerce sur la base d'un contrat conclu avec l'Agence régionale de Santé (ARS) compétente. Le non-renouvellement par l'ARS de ce contrat constituerait un cas de force majeure entraînant la cessation de la garantie Téléconsultation sans préavis et sans que l'ensemble des autres dispositions du présent contrat soient modifiées.

#### Objet

La Téléconsultation est accessible par le biais de la plateforme téléphonique d'AXA Assistance composée d'Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat (IDE) et de médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins. Les IDE et les médecins sont soumis au secret médical.

#### Mise en œuvre de la garantie

AXA assistance répond 24h/24 et 7j/7, aux appels téléphoniques qu'elle réceptionne.

**Pour pouvoir bénéficier de la téléconsultation, vous pouvez nous contacter au 36 33 depuis la France, ou au +33 1 55 92 27 54 depuis l'étranger.**

La téléconsultation telle que décrite ci-après fonctionne à l'identique pour vous et chacun de vos ayants droit. Il est cependant précisé que lorsqu'il s'agit d'une téléconsultation pour un enfant mineur ou pour un majeur sous tutelle bénéficiaire du contrat, l'appel doit être effectué par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.

Les réponses apportées, fonction de votre besoin ou de celui du bénéficiaire, peuvent être de trois types : téléconsultation, information générale de santé ou orientation.

#### Téléconsultation

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant et en dehors de toute urgence, vous et chacun de vos ayants droit pouvez contacter les services d'AXA Assistance, afin de bénéficier d'une Téléconsultation.

L'équipe de Médecins est joignable 24h/24 et 7j/7 pour vous délivrer une Téléconsultation dans le respect des dispositions légales concernant le secret médical.

Un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE) réceptionnera votre appel. Après vous avoir informé des modalités de fourniture de la Téléconsultation et avoir recueilli votre consentement, l'IDE enregistrera votre demande et vous mettra en relation avec un Médecin d'AXA Assistance qui procédera à la Téléconsultation.

L'IDE ou le médecin pourront proposer de poursuivre la Téléconsultation par une communication visuelle.

La vidéoconférence permet de compléter la communication téléphonique par une communication visuelle. Les images de la vidéoconférence ne seront pas utilisées à des fins de diagnostic. Vous aurez la possibilité d'adresser au Médecin durant la Téléconsultation des documents (photos, analyses biologiques) qui pourront compléter les informations communiquées oralement. Le Médecin pourra éventuellement utiliser ces documents pour appuyer son diagnostic.

A l'issue de la Téléconsultation, le Médecin d'AXA Assistance vous apportera une réponse médicale adaptée à votre situation pathologique.

Cette réponse pourra prendre la forme suivante :

- conseil ou orientation vers le médecin traitant,
- orientation vers un des seuls spécialistes suivants, dans le respect du parcours de soins : gynécologue, ophtalmologue, stomatologue, psychiatre ou neuropsychiatre pour un assuré âgé de 16 et 25 ans,
- prescription écrite médicamenteuse ou d'examens complémentaires.

Le Médecin d'AXA Assistance est seul décisionnaire de la suite à donner à l'issue de la Téléconsultation.

Dans le cas où L'Equipe Médicale d'AXA Assistance identifierait une urgence médicale, vous serez réorienté immédiatement vers les services d'urgence.

Suite à la Téléconsultation et avec votre autorisation, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à votre médecin traitant, si le Médecin d'AXA Assistance estime qu'il y a un intérêt médical à cette transmission.

**Attention : Dans certains cas, un examen physique peut être nécessaire pour établir un diagnostic. Le cas échéant, le médecin d'AXA Assistance vous réorientera vers votre médecin traitant.**

## Information

A votre demande, ou celle de l'un de vos ayants droit, l'Équipe Médicale d'AXA Assistance peut communiquer des informations, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Elle donne tout renseignement d'ordre général. L'intervention de l'Équipe Médicale d'AXA Assistance se limite à donner des informations objectives. L'objet de la Téléconsultation n'est en aucun cas de favoriser une automédication.

## Orientation

A votre demande, ou celle de l'un de vos ayants droit, l'Equipe Médicale d'AXA Assistance peut vous aider à exercer votre libre choix en vous conseillant une sélection de médecins spécialistes et/ou d'établissements de santé, dans le respect du parcours de soins.

Compte tenu de l'évolution constante des technologies, nous nous réservons le droit de changer de prestataire pour vous permettre de bénéficier à tout moment du meilleur service. Vous serez informé de ce changement par tout moyen, sans qu'il soit prévu de le formaliser par un avenant au présent contrat.

## Responsabilité

### Responsabilité d'AXA Assistance

Les obligations souscrites par AXA Assistance pour la mise en œuvre de la téléconsultation aux termes des présentes sont constitutives d'obligations de moyens.

Dans ce cadre, AXA Assistance ne saurait notamment être tenu pour responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

- de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques.
- de modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne leur auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation,
- d'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

### Responsabilité du Bénéficiaire

Vous et vos ayants droit êtes responsables de l'exactitude et de l'actualisation des renseignements demandés lors de la Téléconsultation pour permettre à AXA Assistance d'assurer dans de bonnes conditions ses engagements.

## Informatiques et Libertés

Conformément à l'article 32 de la loi 78-17 du 6 Janvier 1978, AXA Assistance vous informe en leur qualité de responsable de traitement que :

- Les réponses aux questions qui vous sont posées lors de votre appel par l'Équipe Médicale, après obtention de votre accord pour la collecte de vos données de santé, sont nécessaires au traitement de votre dossier.
- la finalité du traitement est la Téléconsultation.
- les destinataires des données vous concernant sont les Médecins et IDE d'AXA Assistance, les pharmacies, et avec votre accord le médecin traitant et l'hébergeur de données de santé agréé.

Vous et vos ayants droit disposez, conformément à la réglementation en vigueur d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression aux informations vous concernant.

Vous et vos ayants droit pouvez vous adresser par courrier à : AXA Assistance France - Service Juridique – 6 rue André Gide – 92320 Châtillon

## Réclamation et Différends

### Traitement des réclamations

AXA Assistance veille à vous offrir un service de qualité. Si, après avoir contacté AXA Assistance par téléphone, une incompréhension subsiste, vous et vos ayants droit pouvez écrire à la Direction Médicale d'AXA Assistance sous pli confidentiel au 6 rue André Gide – 92320 Châtillon. Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin : une réponse vous sera alors adressée dans les meilleurs délais.

### Différends

Tous les litiges auxquels le présent article pourrait donner lieu, concernant tant sa validité, son interprétation, son exécution, ses conséquences et leurs suites seront soumis aux tribunaux compétents dans les conditions du droit commun.

### Exclusions

Sont exclus de la Téléconsultation :

- les Téléconsultations lorsque l'Équipe médicale d'AXA Assistance identifie une urgence médicale,
- les demandes de Téléconsultations avec un médecin autre qu'un médecin généraliste,
- les prescriptions pour un renouvellement de traitement dans le cas de pathologies chroniques,
- les prescriptions d'arrêt de travail,
- les certificats médicaux.

## 5.2. Les services en optique, dentaire et audioprothèse



Grâce aux réseaux de professionnels de la santé partenaires de notre filiale **itelis**, vous et vos ayants droit bénéficiez de nombreux avantages dans les domaines suivants : optique, dentaire, audioprothèse, chirurgie réfractive, médecine douce.

Les dispositions ci-dessous décrivent ces avantages non contractuels tels que proposés à la date d'effet de votre contrat. Ils sont susceptibles d'évoluer sans formalisation contractuelle, l'assureur s'engageant à vous en informer par tout moyen.

### 5.2.1. Les services d'information médicale et sociale

Un centre d'appel téléphonique est à votre disposition, ou celle de vos ayants droit. Il est accessible grâce à un numéro de téléphone mentionné sur l'attestation de tiers payant santé. Une équipe de conseillers santé vous met en relation avec des médecins, chirurgiens-dentistes, opticiens, diététiciens... qui vous informent et répondent à toutes les questions médicales ou administratives que vous pouvez leur poser et plus particulièrement dans les domaines suivants:

- la prévention : vaccinations, prévention bucco-dentaire, allergies, diététique, problèmes de vision et d'audition, dépistage et prévention des cancers...
- le mode de vie : les facteurs de risques et l'hygiène de vie, notamment tabac, drogue, alcool, pollution, alimentation, sédentarité, sport...

- la nutrition : régimes, comportement alimentaire, obésité, diététique pour les enfants, les adolescents et les adultes...
- les adresses utiles : associations de patients, centres de consultations et de dépistage, centres spécialisés en thermalisme, rééducation, désintoxication, antipoison, anti-tabac, antidouleur...
- les nouvelles techniques médicales : soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, maladies génétiques et chroniques, médecines douces, traitements de la stérilité, transplantations et greffes, chirurgie esthétique, opération de la myopie, défibrillateur cardiaque implantable...
- les examens paramédicaux : nature des divers examens et analyses (radiologie, biologie, scanners, IRM, échographie...) et préparation,
- les démarches administratives : aide au maintien à domicile des personnes âgées et prise en charge de la dépendance, aides financières en cas d'hospitalisation, protection sociale, structures d'accueil médicalisées.

Ces informations sont communiquées par une équipe spécialisée. Cette équipe s'engage à respecter les règles de déontologie et de confidentialité médicale. Elle ne fait ni diagnostic individualisé, ni recommandation de prescription médicale.

## 5.2.2. Les services en optique, dentaire et audioprothèse

### Optique

2 500 opticiens partenaires.

#### Tarifs privilégiés

- 40% d'économie moyenne sur les verres grâce à des tarifs négociés\*,
- 15% de remise minimale sur les montures et le para-optique (lunettes de soleil, produits lentilles...),
- 10% de remise minimale sur les lentilles.

\* Economie moyenne calculée sur la base des corrections les plus fréquentes et des tarifs des verres de marque les plus vendus, tous types de verres confondus (unifocaux, mi-distance et multifocaux). Source : bases de données Itelis 2014.

#### Services exclusifs gratuits

- Dispense d'avance de frais grâce au tiers payant (selon les garanties prévues dans le contrat),
- Réparation et ajustement des équipements optiques,
- Examen annuel de la vue (non médical),
- Garantie casse sans franchise de 2 ans pour la monture et les verres et de 6 mois pour les lentilles rigides traditionnelles,
- Garantie adaptation sans franchise de 2 mois pour les verres et de 3 mois pour les lentilles traditionnelles,
- Garantie déchirure sans franchise de 3 mois pour les lentilles souples traditionnelles,
- Maintien des offres promotionnelles en cours dans le magasin en sus des avantages Itelis.

#### Qualité et traçabilité des produits

- Accord avec 12 marques de verres parmi les plus représentatives sur le marché français pour garantir la qualité et la traçabilité des équipements vendus au sein du réseau : BBGR, CODIR, ESSILOR, HOYA, MEGA OPTIC, NIKON, NOVACEL, OPTISWISS, RODENSTOCK, SEIKO, SHAMIR et ZEISS VISION CARE (liste susceptible d'évoluer),
- Valorisation de critères de qualité tel que le label « Origine France Garantie »,
- Traçabilité des produits grâce à un certificat d'authenticité disponible sur le site internet du verrier.

### Dentaire

2 500 chirurgiens-dentistes omnipraticiens et 120 spécialistes en implantologie partenaires.

#### Tarifs privilégiés

- Jusqu'à 15% d'économie sur les prothèses les plus fréquentes (couronnes, bridges),
- Jusqu'à 25% d'économie sur un traitement implantaire,
- Tarif à partir de 1 400€ pour un acte complet d'implantologie (implant, pilier, couronne).

### Services exclusifs gratuits

- Dispense d'avance de frais grâce au tiers payant pour les prothèses (selon les garanties prévues dans le contrat),
- Remplacement de l'implant en cas de rejet.

### Audioprothèse

1 000 audioprothésistes partenaires.

### Tarifs privilégiés

- 15% d'économie moyenne sur les aides auditives,
- Zéro reste à charge sur les piles (sur la base d'une consommation normale)\*,
- 10% de remise minimale sur les produits d'entretien,
- 15% de remise minimale sur les accessoires (appareils connectés, casques TV, téléphones...).

\* Dans le cadre d'une garantie remboursant à minima le ticket modérateur pour les piles auditives.

### Services exclusifs gratuits

- Dispense d'avance de frais grâce au tiers payant (selon les garanties prévues dans le contrat),
- Garantie panne sans franchise de 4 ans,
- Essai d'un mois minimum,
- Entretien de l'équipement,
- Prêt d'une aide auditive en cas de casse, d'inadaptation ou d'utilisation impossible de l'équipement,
- Dépistage annuel de l'audition (non médical) sans obligation d'achat,
- Maintien des offres promotionnelles dans le centre en cours en sus des avantages Itelis.

### Qualité et traçabilité des produits

Accord avec 12 marques d'aides auditives parmi les plus représentatives sur le marché français pour garantir la qualité et la traçabilité des équipements vendus au sein du réseau : AUDIO SERVICE, BELTONE, BERNAFON, HANSATON, OTICON, PHONAK, RESOUND, REXTON, SIEMENS, STARKEY, UNITRON et WIDEX (liste susceptible d'évoluer).

### Suivi complet même en cas de déménagement

Suivi d'appareillage durant toute la durée de vie de l'aide auditive avec des rendez-vous de contrôle réguliers après la délivrance de l'équipement, même en cas de déménagement.

### Chirurgie réfractive

30 centres de chirurgie réfractive partenaires.

### Tarifs privilégiés

- Jusqu'à 30% d'économie sur les techniques les plus utilisées,
- Tarif à partir de 1 400€ pour les deux yeux.

### Critères de qualité

- Environnement à haut degré de propreté et protocoles de type opératoire selon les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé),
- Grande expérience du chirurgien ophtalmologiste (au moins 5 ans dans le domaine de la chirurgie réfractive et au moins 100 procédures par an),
- Examen pré et post opératoire.

### Mode d'emploi

1. **Localisez le partenaire le plus proche :**
  - Par internet depuis l'espace du gestionnaire de santé,
  - Par téléphone en appelant le centre de gestion au numéro figurant sur l'attestation de tiers payant,
  - Via l'application webmobile@pplitelis®.
2. **Le bénéficiaire doit présenter au partenaire sa carte de tiers payant sur laquelle figure la mention Itelis.**

3. Il doit demander à bénéficier des avantages du réseau Itelis.

## 6. Accompagnement dans les moments difficiles

### 6.1. Avant une hospitalisation : Hospiway d'Itelis

Hospiway® est un service d'information pour vous aider, à vous et vos ayants droit, à préparer au mieux votre hospitalisation ou celle d'un proche. Ce site est accessible depuis l'espace du gestionnaire de santé.

Ce site propose :

- d'accéder à un Palmarès des hôpitaux et cliniques proposant un classement des meilleurs établissements de santé français dans la prise en charge de nombreuses pathologies,
- de choisir un établissement de santé répondant à vos attentes en consultant le classement national ou en recherchant un établissement dans une zone géographique donnée,
- d'analyser votre devis sur la base des actes prévus. Les éventuels dépassements d'honoraires pourront être évalués par rapport à ceux couramment pratiqués sur une zone géographique donnée,
- de préparer au mieux votre séjour à l'hôpital et votre retour à domicile ou ceux d'un proche grâce à une Check List comprenant des conseils pratiques.

Compte tenu de l'évolution constante des technologies, nous nous réservons le droit de changer de prestataire pour vous permettre de bénéficier à tout moment du meilleur service. Vous serez informé de ce changement par tout moyen, sans qu'il soit prévu de le formaliser par un avenant au présent contrat.

### 6.2. Les services d'assistance dont vous bénéficiez

#### 6.2.1. En cas d'atteinte corporelle grave

Si vous ou l'un de vos ayants droit, êtes victime d'une atteinte corporelle grave à plus de 50 km de votre domicile, nous organisons et prenons en charge votre **rapatriement sanitaire** par le moyen de transport de notre choix et dès que votre état de santé vous le permet.

La décision de vous rapatrier est prise en fonction des seuls impératifs médicaux.

Nous vous dirigeons alors :

- soit vers le centre hospitalier le mieux adapté à votre état de santé,
- soit vers le centre hospitalier le plus proche de votre domicile,
- soit vers votre domicile.

Tout refus de la solution proposée par l'équipe médicale de l'assureur entraîne l'annulation de la présente garantie.

#### 6.2.2. En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours

Si vous ou l'un de vos ayants droit, êtes hospitalisé ou immobilisé plus de 5 jours à votre domicile, nous organisons et prenons en charge les services complémentaires suivants :

- **l'acheminement d'un proche à votre chevet**, si aucun membre de votre famille ne se trouve à moins de 50 km de votre domicile.  
Nous organisons et prenons en charge un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe pour un proche résidant en France afin de se rendre à votre chevet pendant votre immobilisation.  
Nous organisons son hébergement sur place et prenons en charge ses frais d'hôtel pendant 3 nuits maximum à concurrence de 80 euros par nuit (chambre et petit déjeuner inclus).  
Les frais de nourriture et les frais annexes ne sont pas pris en charge.
- **la garde de vos enfants** et petits-enfants, dès le 1<sup>er</sup> jour de l'hospitalisation ou de l'immobilisation, s'ils ont moins de 16 ans et si personne d'autre que vous ne peut en assurer la garde :
  - soit en permettant la venue d'un proche à votre domicile,
  - soit en acheminant les enfants au domicile d'un proche,
  - soit en confiant la garde des enfants à votre domicile à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, celle-ci s'occupe aussi de les accompagner à l'école.

Cette prestation est limitée à 40 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour. Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation.

Nous intervenons à la demande des parents et ne pouvons pas être tenu pour responsables des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

Nous prenons à notre charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe.

- **Une aide-ménagère à domicile**

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère à domicile, pendant la durée de l'hospitalisation, dès le retour au domicile ou pendant l'immobilisation au domicile, pour assurer les tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les huit jours suivant votre hospitalisation ou le début de votre immobilisation.

Nous limitons toutefois cette aide à la période de 20 jours suivant l'hospitalisation. La durée de présence de l'aide-ménagère est fixée par notre équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder 40 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour. L'aide cesse en tout état de cause à la date de fin de l'immobilisation.

- **Une garde malade :**

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une garde malade dès votre retour au domicile ou pendant l'immobilisation au domicile. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les huit jours suivant votre hospitalisation ou le début de votre immobilisation.

Nous limitons toutefois cette aide à la période de 20 jours suivant l'hospitalisation. La durée de présence de la garde malade est fixée par notre équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder 40 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 4 heures consécutives minimum par jour. L'aide cesse en tout état de cause à la date de fin de l'immobilisation.

- **Livraison de médicaments**

Si vous êtes dans l'incapacité de vous déplacer, nous organisons la recherche et l'acheminement des médicaments indispensables au traitement, sur prescription médicale (ordonnance) de moins de 3 mois.

Le coût des médicaments reste à votre charge.

Cette garantie est accordée dans les 30 jours qui suivent la date d'hospitalisation ou le début de l'immobilisation.

- **Un soutien pédagogique**

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de votre enfant bénéficiaire nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, nous recherchons et prenons en charge un ou plusieurs répétiteurs.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant du cours préparatoire à la terminale.

Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant des cours dans les matières principales : français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie, langues vivantes.

Ces cours sont dispensés à compter du 16<sup>ème</sup> jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 15 heures maximum par semaine.

- **Organisation de services**

A votre demande, celle de vos ayants droit, celle de l'un de vos proches, ou celle de l'un des proches de vos ayants droit, nous organisons les services suivants : accompagnement dans les déplacements sous réserve que votre état vous permette ce déplacement (les moyens seront mis en œuvre, par notre équipe médicale, en fonction de votre état de santé et du lieu de destination), recherche de personnel à caractère médical, paramédical ou de confort, soutien pédagogique, livraison de courses, service de pressing, coiffeur, portage de repas, pédicure, kinésithérapeute, personne de compagnie, petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie), petit jardinage, petit bricolage.

Le coût de la prestation reste à votre charge.

- **Recherche d'une place dans un milieu hospitalier**

A votre demande et sur prescription médicale, nous recherchons, dans la mesure des disponibilités, une place dans tout service hospitalier dans des établissements privés ou publics situés dans un rayon de 50 km autour de votre domicile.

- **Soins à domicile**

En cas d'hospitalisation au domicile ou d'immobilisation au domicile, et sur présentation d'une prescription médicale de votre médecin traitant, un service de soins à domicile (infirmière, kinésithérapeute) est mis à votre disposition.

Les frais de déplacement et honoraires du personnel soignant ainsi que les soins restent à votre charge.

Nous ne pouvons être tenu pour responsable des conséquences d'éventuels retards, empêchements ou fautes du personnel médical contacté.

### **6.2.3. En cas de grossesse ou d'hospitalisation dans un service de maternité pour une durée supérieure à 5 jours**

#### **6.2.3.1. Informations maternité**

L'équipe médicale vous communique, à vous ou l'une de vos ayants droit, des informations et conseils médicaux en périculture, de 8h à 20h et du lundi au vendredi. Elle donne tout renseignement d'ordre général.

Selon les cas, elle doit se documenter ou effectuer des recherches et vous rappeler afin de vous communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et notre responsabilité ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises dans les domaines suivants :

- Habitation (acquisition, construction, financement, bail, congés, aide au logement),
- Impôts (fiscalité, calcul de l'impôt),
- Assurance vie,
- La famille : la grossesse et la naissance, l'adoption, l'éducation des enfants, prévoir sa succession, les handicaps,
- Les prestations familiales (allocations familiales, allocations logement, allocations de naissance, aide à la garde d'enfant, complément familial, allocation de parent isolé), les congés parentaux, l'assurance maternité du régime général, la protection de la femme enceinte, les établissements maternels,
- L'information administrative et sociale : les congés parentaux, le congé maternité, le congé paternel, les allocations familiales, les allocations spécifiques de la CAF, allocation de soutien familial, allocation de parent isolé, les diverses prestations, la prestation d'accueil du jeune enfant, les primes à la naissance, le cumul des primes, la durée légale des congés de maternité, la Sécurité sociale et indemnités journalières, l'incidence fiscale en fonction du statut matrimonial,
- L'information médicale et paramédicale : la grossesse (les consultations obligatoires, les 3 échographies, la péridurale, l'épisiotomie, la radiopelvimétrie, l'amniocentèse, la choriocentèse, la grossesse extra-utérine, le placenta prævia, la toxoplasmose, le facteur rhésus et incompatibilité materno-fœtal, la rubéole), l'accouchement (les signes précurseurs, la césarienne, l'accouchement après terme), le nourrisson (évolution et développement (sommeil, tonus, préhension, etc...), développement psychomoteur et affectif du nourrisson, les maladies du nourrisson (érythèmes, méningite, bronchiolite, etc...), la dentition, les maladies du nourrisson).

L'intervention de notre médecin se limitera à donner des informations objectives.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale ou paramédicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle était la demande, nous vous conseillerons de consulter votre médecin traitant.

### 6.2.3.2. Présence d'un proche

Si vous ou l'une de vos ayants droit êtes hospitalisée dans un service de maternité durant une période supérieure à 5 jours, nous organisons et prenons en charge un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe pour un proche résidant en France afin de se rendre à votre chevet durant votre immobilisation.

Nous organisons son hébergement sur place et prenons en charge ses frais d'hôtel pendant 3 nuits maximum à concurrence de 80 euros par nuit (chambre et petit déjeuner inclus).

Les frais de nourriture et les frais annexes ne sont pas pris en charge.

Cette garantie est accordée si aucun membre de votre famille ne se trouve dans un rayon de 50 km de votre lieu de domicile.

### 6.2.3.3. Garde des enfants

Si vous ou l'une de vos ayants droit êtes hospitalisée dans un service de maternité durant une période supérieure à 5 jours, nous organisons et prenons en charge la garde de vos enfants et petits-enfants, dès le 1er jour d'hospitalisation, s'ils ont moins de 16 ans et si personne d'autre que vous ne pouvez en assurer la garde :

- soit en permettant la venue d'un proche à votre domicile,
- soit en acheminant les enfants au domicile d'un proche,
- soit en confiant la garde des enfants à votre domicile à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, celle-ci s'occupe aussi de les accompagner à l'école.

Cette prestation est limitée à 40 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour. Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation.

Nous intervenons à la demande des parents et ne pouvons pas être tenu pour responsables des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

Nous prenons à notre charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe.

### 6.2.3.4. Aide-ménagère à domicile :

Si vous ou l'une de vos ayants droit êtes hospitalisée dans un service de maternité durant une période supérieure à 5 jours ou en cas de naissance multiple, ou de grossesse pathologique, nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère à domicile, soit pendant la durée de l'hospitalisation, soit dès le retour au domicile, pour assurer les tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les huit jours suivant votre hospitalisation.

La durée de présence de l'aide-ménagère est fixée par notre équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder 40 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.

Seule notre équipe médicale est habilitée à fixer le nombre d'heures alloué et la durée d'application de la prestation d'aide-ménagère à domicile.

### 6.2.3.5. Garde malade

Si vous ou l'une de vos ayants droit êtes hospitalisée dans un service de maternité durant une période supérieure à 5 jours, nous recherchons et prenons en charge les services d'une garde malade dès le retour à votre domicile. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les huit jours suivant votre hospitalisation.

Nous limitons toutefois cette aide à la période de 20 jours suivant l'hospitalisation. La durée de présence de la garde malade est fixée par notre équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder 40 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 4 heures consécutives minimum par jour.

## 6.2.4. En cas de première maternité ou de naissance multiple

En cas de première maternité ou de naissance multiple et à votre demande, ou celle de l'une de vos ayants droit, nous prenons en charge :

- la visite d'**une auxiliaire de puériculture** à votre domicile,
- 2 heures maximum, dans la semaine qui suit la sortie de maternité.

## 6.2.5. Assistance en cas de chimiothérapie et/ou radiothérapie

### 6.2.5.1. Aide à domicile

A votre demande ou celle de vos ayants droit, nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide à domicile après chaque séance en milieu hospitalier. L'aide à domicile aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes (ménage, achats quotidiens, préparation des repas).

Nous prenons en charge **2 heures** après chaque séance dans la limite de 10 séances maximum.

Seule notre équipe médicale est habilitée à fixer le nombre d'heures alloué et la durée d'application de la prestation d'aide à domicile.

### 6.2.5.2. Organisation de services

A votre demande, celle de vos ayants droit, celle de l'un de vos proches, ou celle de l'un des proches de vos ayants droit, nous organisons les services suivants : accompagnement dans les déplacements sous réserve que votre état permette ce déplacement (les moyens seront mis en œuvre en fonction de l'état de santé et du lieu de destination), recherche de personnel à caractère médical, paramédical ou de confort, livraison de courses, service de pressing, coiffeur, portage de repas, pédicure, kinésithérapeute, personne de compagnie, petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie), petit jardinage, petit bricolage.

Le coût de la prestation reste à votre charge.

### 6.2.5.3. Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde des enfants de moins de 16 ans, dès le premier jour de l'hospitalisation ou de l'immobilisation à domicile pour des séances de chimiothérapie, nous organisons et prenons en charge la garde de vos enfants :

- soit en permettant la venue d'un proche à votre domicile,
- soit en acheminant les enfants au domicile d'un proche,
- soit en confiant à une personne qualifiée la garde des enfants à votre domicile.

Cette prestation est limitée à **2 heures** par séance de chimiothérapie, avec un maximum de 10 séances.

Nous intervenons à la demande des parents et ne pouvons pas être tenu pour responsables des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

Nous prenons en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe.

## 6.2.6. En cas d'hospitalisation égale ou supérieure à 5 jours

### Livraison de repas personnalisés avec le partenaire Saveurs et Vie

Si vous ou l'un de vos ayants droit êtes hospitalisé durant une période égale ou supérieure à 5 jours, nous prenons en charge la livraison, à domicile, de repas personnalisés pour vous permettre de rentrer chez vous en toute sérénité après votre hospitalisation.

Un pack de 10 repas (5 jours) est proposé en fonction de vos goûts, de vos besoins nutritionnels et suivant les conseils d'une diététicienne.

Vous êtes suivi tout au long de la prestation.

Le coût du repas reste à votre charge.

## 6.2.7. En cas de décès

Nous mettons en œuvre des services complémentaires si vous ou l'un de vos ayants droits décédez suite à un accident corporel, à plus de 50 km de votre domicile.

### 6.2.7.1. Rapatriement

**Nous organisons le rapatriement du corps ou des cendres du bénéficiaire du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation situé en France Métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique ou à la Réunion.**

Nous prenons à notre charge :

- les frais de traitement post-mortem,
- les frais de mise en bière,
- les frais d'aménagement nécessaires au transport du corps, notamment les frais de cercueil dans la limite de 770 euros,

- les frais de transport du corps.

Le choix des sociétés chargées du rapatriement du corps est de notre ressort exclusif. Les autres frais (cérémonies, obsèques, convois locaux, inhumation, incinération) restent à la charge de votre famille.

**Nous organisons le retour au domicile des bénéficiaires ou des proches qui voyageaient avec le bénéficiaire défunt en cas de rapatriement du corps.**

Si les moyens de transport prévus initialement pour le voyage de retour ne sont ni utilisables, ni modifiables, nous prenons à notre charge un billet aller simple (avion classe économique ou train 1ère classe) pour chaque proche ou bénéficiaire accompagnant le défunt.

### 6.2.7.2. Renseignements téléphoniques

**Nous mettons un service de renseignements téléphoniques à la disposition des bénéficiaires ou d'un proche.**

Suite au décès d'un bénéficiaire, ce service a pour but d'informer les autres bénéficiaires ou les proches sur les points suivants :

- les démarches lors d'un décès : les obsèques civiles ou religieuses, les prélèvements d'organes, le don du corps et la crémation,
- les démarches après le décès : la constatation, la déclaration, l'information et les dispositions financières,
- les réglementations particulières : les soins de conservation, les chambres funéraires, le transport et l'inhumation dans une concession de famille,
- l'héritage et la succession : la dévolution légale, les ordres et les degrés, l'option successorale, la déclaration successorale, les différents héritiers, les libéralités, les coûts de l'héritage, les testaments et les pensions ou allocations.

Si les questions qui nous sont posées nécessitent des recherches ou de la documentation, nous rappelons notre interlocuteur dès que nous sommes en mesure de lui apporter une réponse de qualité.

### 6.2.7.3. Présence d'un proche

**Nous facilitons la présence d'un bénéficiaire ou d'un proche sur le lieu du décès.**

Si le bénéficiaire se trouvait seul au moment de son décès et si la présence d'un proche ou d'un autre bénéficiaire est indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, nous mettons à sa disposition un titre de transport aller-retour (avion classe économique ou train 1ère classe). Nous prenons également à notre charge ses frais d'hébergement à l'hôtel (chambre et petit déjeuner), pour trois nuits maximum et dans la limite de 77 euros par nuit.

## 7. Les maintiens de garantie dont vous bénéficiez

### 7.1. Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013

#### Bénéficiaires du maintien

Vos garanties sont maintenues en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les dispositions suivantes.

Afin de pouvoir bénéficier du présent maintien, vous devez justifier d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage, et présenter une date de rupture du contrat de travail postérieure à la date d'effet du contrat.

Nous n'accordons pas le maintien :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à couverture complémentaire ne vous étaient pas ouverts au jour de la rupture de votre contrat de travail.

Le maintien demandé en tant qu'ancien salarié s'applique à l'ensemble de vos ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues si ces derniers étaient couverts au titre du contrat initial.

#### Formalités et durée du maintien

Nous maintenons les garanties du contrat à compter du lendemain du jour de la rupture du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, telle que vous nous l'aurez déclarée, dans la limite de 12 mois.

L'assurance est maintenue dès la date d'effet du présent contrat, si vous êtes déjà bénéficiaire du maintien au titre de l'un des contrats précédents.

Le maintien des garanties cesse à la survenance du premier de ces évènements :

- au terme de la durée maximale de 12 mois prévue ci-dessus,
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite,
- à la date de résiliation du contrat.

Les bénéficiaires du présent maintien de garantie pourront demander, dans les 6 mois qui suivent l'expiration du maintien au titre du présent chapitre, à bénéficier des possibilités qui leur sont offertes par l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989.

#### Modalités d'information

Après l'avoir complété, votre ancien employeur vous transmet, dès la rupture du contrat de travail, le formulaire de la déclaration de maintien prévu à cet effet.

Il vous appartient de nous justifier directement vos droits à indemnisation du chômage pour bénéficier du présent maintien. Aussi, nous nous réservons la possibilité de conditionner le versement des prestations à la justification de la prise en charge par le régime d'assurance chômage. Nous pouvons donc suspendre le versement des prestations jusqu'à ce que vous nous transmettiez le justificatif demandé.

En tout état de cause, vous vous engagez à nous déclarer dans les meilleurs délais, votre reprise du travail ou la liquidation de vos droits à pension de retraite. À défaut, vous vous exposez au remboursement d'éventuelles sommes versées à tort.

#### L'étendue des garanties

Les garanties sont celles prévues pour les salariés en activité.

Les anciens salariés bénéficiant de ce maintien conservent le même niveau de garantie qu'au jour de la rupture de leur contrat de travail.

## 7.2. Maintien de l'assurance en cas de congés sans solde

### Bénéficiaires du maintien

Nous maintenons vos garanties conformément aux dispositions suivantes, en cas de suspension de votre contrat de travail, sans indemnisation de votre employeur, pour les congés visés ci-dessous :

- CONGE PARENTAL D'EDUCATION,
- CONGE DE PRESENCE PARENTALE,
- CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE,
- CONGE DE SOUTIEN FAMILIAL,
- CONGE POUR CREATION D'ENTREPRISE,
- COMPTE PERSONNEL DE FORMATION,
- CONGE SABBATIQUE,
- PERIODE DE MOBILITE SECURISEE.

### Formalités et durée du maintien

Votre demande d'affiliation individuelle doit nous parvenir dans les 30 jours qui suivent le départ en congé, la garantie prenant effet à la date dudit départ. Le dépassement du délai visé ci-dessus entraîne forclusion définitive.

L'assurance est maintenue dès la date d'effet du présent contrat, si vous êtes déjà bénéficiaire du maintien au titre de l'un des contrats précédents.

Le maintien de l'assurance cesse :

- à la date de fin de votre congé,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail), sauf lorsque vous bénéficiez du dispositif de cumul emploi retraite,
- en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

La cessation de votre assurance s'applique à vos ayants droit à la même date.

### L'étendue des garanties

Les garanties sont celles prévues pour les salariés en activité.

## 7.3. Maintien de l'assurance aux Invalides et Incapables dont le contrat de travail est rompu

### Bénéficiaires du maintien

Nous maintenons vos garanties conformément aux dispositions suivantes, en cas de rupture de votre contrat de travail pour invalidité ou incapacité indemnisée comme telle par la Sécurité sociale.

### Formalités et durée du maintien

La demande d'affiliation individuelle doit nous parvenir dans les 30 jours qui suivent la rupture de votre contrat de travail, la garantie prenant effet à la date de ladite rupture. Le dépassement du délai visé ci-dessus entraîne forclusion définitive.

L'assurance est maintenue dès la date d'effet du présent contrat, si vous êtes déjà bénéficiaire du maintien au titre de l'un des contrats précédents.

Nous cessons le maintien des garanties à la survenance du premier des événements ci-dessous :

- à la date de fin d'indemnisation de l'invalidité ou de l'incapacité par la Sécurité sociale,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- et, en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

Dans l'un de ces cas, une assurance individuelle peut être souscrite conformément aux dispositions prévues à l'article « Assurance individuelle ».

La cessation de votre assurance s'applique à vos ayants droit à la même date.

### L'étendue des garanties

Les garanties sont celles prévues pour les salariés en activité.

## 7.4. Maintien des garanties aux ayants droit d'un assuré décédé

### Bénéficiaires du maintien

Nous maintenons vos garanties du contrat pendant une durée de 12 mois à compter de la date de votre décès, sous réserve des dispositions ci-après, à vos ayants droit. La qualité d'ayant droit, au sens de l'article « [Les bénéficiaires de la garantie](#) » de votre Notice, s'apprécie à la date du décès.

### Formalités et durée du maintien

La demande d'affiliation individuelle doit nous parvenir dans les 6 mois qui suivent votre décès, la garantie prenant effet à ladite date. Le dépassement du délai visé ci-dessus entraîne forclusion définitive.

Nous cessons le maintien des garanties à la survenance du premier des événements ci-dessous :

- en cas de résiliation du contrat,
- en tout état de cause, après une durée de 12 mois de maintien des garanties à compter de la date du décès.

Dans l'un de ces cas, une assurance individuelle peut être souscrite conformément aux dispositions prévues à l'article « [Assurance individuelle](#) ».

### L'étendue des garanties

Les garanties sont celles prévues pour les salariés en activité.

## 7.5. Maintien des garanties aux anciens salariés nommés agents généraux

### Bénéficiaires du maintien

Nous maintenons vos garanties du contrat si votre contrat de travail est rompu dans le cadre de votre nomination en tant qu'Agent Général du Groupe AXA, pendant le temps nécessaire au transfert de vos droits vers le régime de base de la RAM.

### Formalités et durée du maintien

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la rupture de votre contrat de travail, sous réserve que la demande individuelle d'affiliation nous soit adressée dans le mois qui suit ladite date ; le dépassement de ce délai entraîne forclusion définitive.

L'assurance est maintenue dès la date d'effet du présent contrat, si vous êtes déjà bénéficiaire du maintien au titre de l'un des contrats précédents.

Nous cessons le maintien de l'assurance :

- à la date à laquelle vos droits sont transférés au régime de base obligatoire des Agents Généraux,
- au plus tard, 90 jours après la date de rupture de votre contrat de travail,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- et, en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

### L'étendue des garanties

Les garanties assurées sont celles prévues pour le personnel en activité en complément des prestations maintenues par le BCAC.

## 8. Les dispositions relatives à votre contrat

### 8.1. La prescription

Nous vous informons ci-après des conditions d'application de la prescription : Conformément aux dispositions de l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant de votre contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où nous en avons eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand votre action ou celle de vos ayants droit, contre nous a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre vous ou a été indemnisé par vous.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de votre employeur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L 114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
- La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).
- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).
- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L 114-3 du Code des Assurances, par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

## 8.2. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Dans le cadre des mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale, nous tenons à préciser que : Nous, AXA, ne sommes pas réputés fournir une couverture de risques et nous ne serons pas responsables ni tenus de payer une indemnité ou de fournir des prestations en découlant dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle réclamation ou la fourniture de ces prestations nous exposerait à une sanction, une interdiction ou une restriction en vertu des résolutions des Nations Unies ou à des sanctions, des lois ou des règlements à caractère économique ou commercial de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.

## 8.3. La législation relative aux traitements des données à caractère personnel

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR).

Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités. Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email ([service.informationclient@axa.fr](mailto:service.informationclient@axa.fr)) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex).

En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL. Pour plus d'informations, consultez [www.axa.fr/donnees-personnelles.html](http://www.axa.fr/donnees-personnelles.html)

## 8.4. Nous contacter

### Au préalable :

Lorsque vous, l'un de vos ayants droit, l'un de vos proches, ou l'un des proches de vos ayants droit prenez contact avec AXA, nous vous remercions de nous communiquer les renseignements suivants :

- vos prénom et nom,
- le numéro du contrat frais de santé collective : contrat N° 2704920
- la raison sociale de votre employeur : LE GROUPE AXA en France

**En cas de réclamation :**

Indépendamment de votre droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur habituel ou votre service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante :

**AXA Santé et Collectives  
Direction Relations Clientèle  
TSA 46 307  
95901 Cergy Pontoise Cedex 9**

En précisant le nom et le numéro de votre contrat ainsi que vos coordonnées complètes. Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

Les délais de traitement de votre réclamation sont les suivants : un accusé de réception vous sera adressé dans un délai de 10 jours et vous recevrez une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous vous tiendrons informés).

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en vous adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

- Par le site internet : [mediation-assurance.org](http://mediation-assurance.org)
- Par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

## 9. Les entreprises adhérentes

Les dispositions du contrat sont étendues aux entreprises adhérentes citées ci-après, pour le compte desquelles Le Groupe AXA en France agit :

Entreprises adhérentes	N° de l'avenant d'adhésion
AXA FRANCE	2704920 01
Etablissement de l'île de la Réunion	2704920 01 1
GIE AXA	2704920 04
AXA GLOBAL Ré	2704920 06
JURIDICA	2704920 07
AXA CORPORATE SOLUTIONS ASSURANCE	2704920 08
AXA INVESTMENT MANAGERS	2704920 09
MUTUELLE SAINT CHRISTOPHE ASSURANCES	2704920 10
AVANSSUR (DIRECT ASSURANCE)	2704920 12
AXA INVESTMENT MANAGERS PARIS	2704920 13
AXA INVESTMENT MANAGERS IF	2704920 14
GIE AXA GROUP SOLUTIONS	2704920 15
AXA REAL ESTATE INVESTMENT MANAGERS FRANCE	2704920 17
GIE AXA SERVICES France	2704920 19
AXA LIABILITIES MANAGERS	2704920 23
AXA SERVICES SA	2704920 27
AXA Antilles Guyane	2704920 28
SA AXA GROUP SOLUTIONS	2704920 30
AXA REAL ESTATE INVESTMENT MANAGERS SA	2704920 31
AXA GLOBAL LIFE	2704920 32
ARCHITAS Solutions DAX	2704920 35
AXA DIRECT SOLUTIONS	2704920 36
AXA GLOBAL DIRECT SA	2704920 38
AXA MATRIX RISK CONSULTANTS SA	2704920 40
AXA REAL ESTATE INVESTMENT MANAGERS SGP	2704920 41
AXA STRATEGIC VENTURES FRANCE	2704920 42
AXA PARTNERS	2704920 44
AXA PARTNERS HOLDING	2704920 46
AXA NEXT	2704920 47
XL CATLIN	2704920 48
AXA CLIMATE	2704920 49
ARCHITAS France	2704920 50
XL RE EUROPE SE	2704920 51

## 10. Définitions

---

### 10.1. Définitions générales

#### Accord tacite

Le contrat est reconduit automatiquement d'une période à une autre si aucune des parties ne se manifeste.

#### Actes d'imagerie

L'imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement.

Il existe plusieurs techniques d'imagerie médicale : radiologie, échographie, Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser...

#### Assuré

Salarié du groupe assuré.

#### Analyses biologiques

Ensemble des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale. La plupart des actes de biologie médicale est remboursée par l'assurance maladie obligatoire.

#### Appareillage

Biens médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit notamment de matériels d'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles, etc. La plupart des complémentaires santé distinguent les équipements d'optique et les prothèses auditives du reste de l'appareillage.

#### Assureur

Société d'assurance qui garantit le risque souscrit. Il est le plus souvent désigné par « nous » dans la Notice.

#### Auxiliaires médicaux

Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.

#### Avis d'échéance de cotisation

Document qui vous indique le montant de votre cotisation à payer ou qui vous permet de le calculer.

#### Ayants droit

Membres de la famille du bénéficiaire définis au paragraphe "Les bénéficiaires de la garantie" de la Notice.

#### Base de remboursement

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. Exemple : consultation réalisée par un médecin de secteur 2.

On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.

- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

## Bénéficiaires

Personne qui bénéficie des garanties de la complémentaire santé : L'assuré et ses ayants droit.

## Chambre particulière

Cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

La chambre individuelle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite.

Une chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une hospitalisation ambulatoire.

Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services. Il peut être remboursé par l'assurance maladie complémentaire.

## Compensation

Mécanisme de mutualisation des contrats d'assurance.

## Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

Indice macroéconomique.

## Consultation médicale

C'est l'examen physique et/ou mental d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, généralement effectué au cabinet du professionnel de santé, en centre de santé ou au sein d'un établissement de santé, ou à distance, dans le cadre d'une téléconsultation.

## Contrat « responsable »

Votre contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1 et L 160-13 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application et est conforme aux dispositions de la réforme du « 100% santé », instituée par la Loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019. En conséquence :

Il prend en charge :

- l'intégralité de votre participation sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie,
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée,
- l'intégralité des dépenses sans reste à charge pour certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant les plafonds des Prix Limites de Vente conventionnels. La mise en place de cette prise en charge se fait progressivement selon le calendrier réglementaire.

Il ne prend pas en charge :

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des DPTAM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisés) au-delà de la limite fixée par décret,
- la majoration de votre participation et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds),

- les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente des équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels.

Il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci. Il permet également aux salariés de l'entreprise adhérente, et à leurs ayants droits le cas échéant, de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

En outre, le présent contrat :

- respecte le niveau minimum des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L 911-7 du code de la Sécurité Sociale.
- reprend l'ensemble des libellés normés et des exemples de remboursement en euros, conformément à l'engagement sur la lisibilité des garanties pris par les assureurs complémentaires envers les pouvoirs publics.

## Conventionné / non conventionné

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire.

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) ait passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

### Professionnels de santé

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de tarif de convention. Le tarif de convention est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter.

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire sur la base du tarif de convention.

Toutefois, les médecins conventionnés de « secteur 2 » sont autorisés à facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les tarifs de convention. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires. De manière générale, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU-Complémentaire.

Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur au tarif de convention. Les professionnels de santé non conventionnés sont très peu nombreux.

### Etablissements de santé

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement ait passé ou non un contrat avec l'Agence Régionale de Santé compétente. Dans un établissement de santé privé qui n'a pas passé de contrat avec une Agence Régionale de Santé, les frais à la charge du patient sont plus importants.

## Cure thermale

Séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections. Les cures thermales sont remboursées par l'assurance maladie obligatoire sous certaines conditions. Elles doivent notamment être prescrites par un médecin.

## Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient.

La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses garanties le prévoient.

## Disposition dérogatoire

Disposition qui constitue une exception dans l'application d'une règle.

## DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée

Contrat conclu entre l'assurance maladie et les médecins éligibles visant à encadrer les dépassements pratiqués en échange de certains avantages (allègement des cotisations sociales, meilleure revalorisation de certains actes techniques).

## Établissement de santé

Structure délivrant des soins avec hébergement ou sous forme ambulatoire ou à domicile.

## Forfait actes lourds

Participation forfaitaire de 24 € à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'Etat (120 € en 2017), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60.

Certains actes ne sont pas concernés par le forfait à 24 € (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une affection longue durée). Ce forfait est pris en charge, en général, par la Complémentaire santé.

## Forfait journalier hospitalier

Il s'agit de la somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1er janvier 2018, son montant est de 20 euros par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15 euros par jour pour un séjour en psychiatrie.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire, mais il est pris en charge par l'assurance maladie complémentaire lorsque la garantie proposée par la complémentaire santé est responsable.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse, etc.).

## Frais de séjour

Ce sont les frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au taux de 80% (ou de 100% dans certains cas : actes coûteux notamment), le ticket modérateur (les 20% restant) étant systématiquement remboursé par l'assurance maladie complémentaire lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.

## Frais réels

Montant total des dépenses engagées par une personne pour ses prestations de santé.

## Franchise médicale

C'est la somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Son montant est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments,
- 0,50 € par acte paramédical,
- 2 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 2 € par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'Aide Médicale de l'Etat, femmes enceintes (du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour après l'accouchement), les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

Les franchises ne sont pas remboursées par les contrats de complémentaire santé « responsables », sinon le contrat est requalifié en « non responsable ».

## Groupe assuré

Renvoie à la totalité des salariés pour lesquels le contrat frais de santé est conclu. Il est défini dans votre Notice.

## Hospitalisation

L'hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse, ...)

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

## Implantologie dentaire

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse.

L'implantologie n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire, mais peut en revanche être prise en charge par certaines complémentaires santé.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de l'implant et le prix des prestations associées à sa pose.

## Indexation

Mesure contractuelle prévoyant la prise en compte d'une variation automatique de la cotisation en fonction de l'évolution d'une donnée économique.

## Lentilles

Les lentilles de contact sont des verres correcteurs posés sur la cornée. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que pour certains défauts visuels. Elles peuvent être prises en charge par certaines complémentaires santé.

## Lit d'accompagnant

Lit mis à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent en revanche être pris en charge par certaines complémentaires santé.

## LPP

Liste des Produits et Prestations, comprenant entre autres les appareillages et l'optique.

## Lunettes

Les lunettes sont composées d'une monture et de deux verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie). Le prix des verres varie selon sa nature et sa puissance (verres unifocaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et les traitements appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables...).

Pour certaines prestations d'optique, l'assurance maladie complémentaire rembourse, au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, l'intégralité des dépenses, permettant ainsi à l'adhérent ou assuré de ne plus avoir de frais restant à sa charge.

## Médecin traitant

C'est un médecin généraliste ou spécialiste hospitalier ou libéral, désigné par le patient auprès de sa caisse d'assurance maladie obligatoire.

Il coordonne les soins et s'assure que le suivi médical est optimal ;

Il oriente dans le parcours de soins coordonnés : il informe l'assuré et le met, si besoin, en relation avec d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, médecins hospitaliers, etc.) ;

Il établit, si l'assuré est atteint d'une affection de longue durée, le protocole de soins en concertation avec les autres médecins qui suivent cette maladie, et est ainsi garant de la bonne information de son patient sur les actes et les prestations nécessaires et pris en charge intégralement par l'assurance maladie obligatoire. ;

Il connaît et gère le dossier médical, et a notamment un accès privilégié au dossier médical partagé. Il centralise toutes les informations concernant les soins et l'état de santé de son patient. Il tient à jour le dossier médical (résultats d'exams, diagnostics, traitements, etc.).

Il assure une prévention personnalisée et conseille les éventuels dépistages : suivi de la vaccination, examens de dépistage organisés (ex : dépistage du cancer colorectal), aide à l'arrêt du tabac, conseils nutrition, en fonction de votre style de vie, de votre âge ou de vos antécédents familiaux.

## Médiateur

Personne qui tente d'obtenir une solution transactionnelle dans un différend qui oppose deux autres personnes.

## Médicaments

Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge.

Il existe quatre taux de remboursement des médicaments :

- 100% pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- 65% pour les médicaments dont le service médical rendu est majeur ou important ;
- 30% pour les médicaments dont le service médical rendu modéré, les médicaments homéopathiques et certaines préparations magistrales,
- 15% pour les médicaments à service médical rendu faible.

Les montants et taux de remboursement sont communiqués par le pharmacien lors de la délivrance. Ils sont inscrits sur la facture remise par le pharmacien.

Les médicaments relevant d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ont un prix fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Certains médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. D'autres peuvent être délivrés par votre pharmacien sans prescription (médicaments dits à « prescription médicale facultative »). L'assurance maladie obligatoire ne rembourse que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale. L'assurance maladie complémentaire peut prendre en charge des médicaments sans prescription médicale.

Les prix des médicaments non remboursables par l'assurance maladie obligatoire sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre.

## Médicaments prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale

Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, médicalement prescrits, figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM).

## Notice d'information

Document qui permet à l'assuré de connaître le fonctionnement du contrat d'assurance, en particulier des garanties.

## Ordonnance

Document délivré par un médecin et sur lequel figurent ses prescriptions.

Les prescriptions peuvent concerner la délivrance de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux) ou la réalisation d'actes de soins par d'autres professionnels de santé (autre médecin, pharmacien, auxiliaire médical...).

La production de ce document est indispensable pour la délivrance de ces produits de santé ou la réalisation de ces actes, et à leur remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

## Orthodontie

Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (les dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

L'assurance maladie obligatoire prend partiellement en charge le traitement des enfants de moins de 16 ans. Ses remboursements ne permettent pas de couvrir l'intégralité des frais d'un traitement d'orthodontie, d'autant plus que les dépassements sont fréquents.

## Parcours de soins coordonné

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursés normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention,
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant. Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, l'assurance maladie complémentaire ne prend pas en charge la différence.

## Parodontologie

Il s'agit d'une discipline visant au traitement des maladies parodontales qui sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...)

Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes tels que :

- l'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse ;
- l'élimination des causes d'infection (détartrage des racines...);
- le traitement chirurgical parodontal (greffe) si les tissus sont détruits ;
- le contrôle périodique du patient.

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse qu'une faible partie de ces traitements selon certaines conditions médicales. L'assurance maladie complémentaire peut prendre en charge ces traitements.

## Participation forfaitaire d'1 €

Participation forfaitaire d'1 € laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans,
- des femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse,
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'État (AME)

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 € par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d'1 € n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

## Prestations

Montants remboursés à un assuré par la Complémentaire santé en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

## Prévention

Les contrats responsables comprennent la prise en charge d'au moins 2 prestations de prévention depuis le 1er juillet 2006 parmi des prestations telles le détartrage, des vaccins, le dépistage des troubles de l'audition, etc.

## Prix limite de vente

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limite de vente.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « à prise en charge renforcée » auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

## Prothèses auditives

Il existe différents types de prothèses auditives : les contours d'oreille, les prothèses intra-auriculaires, les lunettes auditives et les appareils boîtiers. Elles sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription d'un médecin ORL.

Les prix de vente des prothèses auditives sont libres et souvent supérieurs à la base de remboursement fixée par l'assurance maladie obligatoire, en fonction des caractéristiques de la prothèse choisie.

Les audioprothésistes doivent remettre un devis avant la vente. Ce devis doit comporter le prix de vente hors taxe de chaque appareil proposé (indiquant la marque, le modèle, la référence commerciale, la classe, la durée de la garantie) et de chaque prestation d'adaptation proposée. Il doit aussi indiquer le prix net TTC à payer, ainsi que la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

## Prothèses dentaires

Elles remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :

- Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue durablement la dent pour la protéger. Lorsque plusieurs dents sont absentes, la reconstitution peut s'effectuer sous forme de bridge. Les prothèses fixes remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont réalisées dans les types de matériaux suivants : couronne métallique, céramo-métallique, zircone et céramo-céramique.
- Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.

Le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est très inférieur au coût réel d'une prothèse dentaire, les chirurgiens-dentistes pouvant fixer librement leurs tarifs.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une prothèse dentaire.

Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse et le prix des prestations associées.

## Soins dentaires

Ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Le chirurgien-dentiste a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'assurance maladie obligatoire pour ces soins, pour lesquels il ne peut donc pas pratiquer de dépassements (à la différence des prothèses dentaires).

## Souscripteur

Personne morale ou chef d'entreprise qui conclut un contrat pour la totalité de ses salariés appartenant au groupe assuré.

## Tarif de responsabilité

Le tarif de responsabilité correspond à la base tarifaire retenue par l'Assurance Maladie pour les différentes prestations de santé. C'est sur ce montant qu'elle calcule son niveau de remboursement. Le tarif de responsabilité est un synonyme de la base de remboursement.

## Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 24€) pour certains actes dits « lourds ». La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble de ces frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

## Tiers

Personne non concernée directement par le contrat.

## Tiers payant

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais de santé auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés.

## 10.2. Définitions applicables aux services d'assistance

### Atteinte corporelle grave

Accident ou maladie dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du bénéficiaire si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

### Accident corporel

Altération brutale de la santé du bénéficiaire ayant pour cause un événement extérieur, soudain, imprévisible et violent et indépendant de la volonté de la victime.

### Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve le bénéficiaire.

### Domicile

Lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire. Il est situé en France.

### Équipe médicale ou Équipe de Médecins

Médecin ou Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) salariés d'AXA Assistance.

### Hospitalisation

Séjour d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave.

### Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au domicile suite à une atteinte corporelle grave, sur prescription médicale (arrêt de travail ou incapacité totale temporaire) pour une durée supérieure à 24 heures.

### Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

### Médecin

Médecin généraliste.

### Membre de la famille

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un Pacs, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs du bénéficiaire domiciliés dans le même pays que le bénéficiaire.

## Proche

Membre de la famille ou toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domicilié dans le même pays que le bénéficiaire.

## Téléconsultation

Consultation médicale par téléphone.

## Territorialité

Les garanties d'assistance « Rapatriement » s'exercent dans le monde entier. Les autres garanties s'exercent en France.