Assurance santé

Conditions générales / Notice d'information

Ma Santé



Référence
975005

Date
Octobre 2026

SOUSCRIT PAR ANPERE association d'assurés

Bienvenue

Le contrat d'assurance complémentaire Ma Santé est conçu pour renforcer votre couverture de l'Assurance Maladie obligatoire.



Il permet :

- de prendre en charge totalement ou partiellement vos dépenses de santé maladie, maternité, accident ;
- de bénéficier de prestations d'assistance, en particulier en cas d'hospitalisation ;
- de préserver votre santé, grâce à l'accompagnement des services en ligne Angel (téléconsultation médicale…) et d'offres de prévention.

Pour faciliter la lecture de ces Conditions générales / Notice d'information, vous pouvez consulter le chapitre 1. « Bien comprendre votre assurance Ma Santé ».

Quels documents constituent votre contrat ?

Si aucune des personnes couvertes n'est travailleur non-salarié et non agricole, vous souscrivez un **contrat individuel avec AXA,** qui comprend :

1. **Ces Conditions générales** qui définissent les garanties de frais de santé, les services et les exclusions générales. Elles précisent nos droits et obligations réciproques.
2. **La Fiche d'information** préalable à la souscription de votre contrat d'assurance Ma Santé, signée par vous. Elle reprend l'identification de votre besoin et la recommandation que nous vous avons faite.
3. **Les Conditions particulières** qui précisent et complètent les Conditions générales selon votre situation personnelle (formule choisie, identité des assurés), signées par vous.

Si au moins une des personnes couvertes est un travailleur non-salarié et non agricole, vous adhérez à un contrat collectif souscrit par ANPERE (Association nationale pour la prévoyance, l'épargne et la retraite) auprès d'AXA, qui comprend :

1. **Cette Notice d'information** qui définit les garanties de frais de santé, les services et les exclusions générales. Elles précisent nos droits et obligations réciproques.
2. **La Fiche d'information** préalable à la souscription de votre contrat d'assurance Ma Santé, signée par vous. Elle reprend l'identification de votre besoin et la recommandation que nous vous avons faite.
3. **Le Certificat d'adhésion** qui précise et complète la Notice d'information selon votre situation personnelle (formule choisie, identité des assurés). Signé par vous, il vous permet d'être membre de l'association ANPERE.

Dans la suite de ce document :

- les **Conditions particulières** ou le **Certificat d'adhésion** seront appelés **Conditions particulières** ;
- et le **régime obligatoire d'Assurance Maladie français** sera nommé **Assurance Maladie**.



Consultez vos documents sur votre Espace Client en ligne (sauf contrat souscrit avec un Courtier).



Retrouvez vos contacts essentiels au chapitre 2. « Vos contacts essentiels » p. 21.

Qui sont les acteurs de votre contrat ?

Les organismes assureurs de votre contrat sont :

- soit AXA France Vie ou AXA Assurances Vie Mutuelle pour les garanties de frais de santé ;
- soit AXA France IARD ou AXA Assurances IARD Mutuelle pour les garanties d'assistance ;
  pour vous faire bénéficier des garanties d'assistance, AXA France IARD ou AXA Assurances IARD Mutuelle a souscrit un contrat de prestation de services auprès d'AXA Assistance France.

Les désignations spécifiques à votre contrat sont précisées sur vos Conditions particulières.

- Juridica, en cas de garantie Assistance juridique.

L'association ANPERE vous permet de bénéficier de déductions fiscales prévues par la loi Madelin (sauf indications contraires dans vos Conditions particulières).

Quel est le droit applicable ?

Ce contrat est régi par le droit français et le Code des assurances.

Quelle autorité est en charge de nous contrôler ?

L'autorité chargée du contrôle d'AXA France Vie, AXA Assurances Vie Mutuelle, AXA France IARD, AXA Assurances IARD Mutuelle, AXA Assistance France et Juridica est l'ACPR (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution), située 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Sommaire

Les mots suivis du symbole ⓘ sont définis dans le chapitre « 10. Les définitions ». Ils ont pour seule signification celle précisée dans ce chapitre.

Si vous consultez ce document au format PDF, le sommaire ainsi que les symboles ⓘ et ☰ en haut de chaque page sont cliquables pour faciliter votre navigation.

1. Bien comprendre votre assurance Ma Santé **p.6**

2. Vos contacts essentiels **p.21**

3. Ce qui est assuré par votre contrat **p.23**
- 3.1. Qui est assuré ? p.23
- 3.2. Quelle est la durée du contrat ? p.24
- 3.3. Où s'exercent les garanties ? p.24
- 3.4. Quelles sont les caractéristiques du contrat avec AXA ? p.24
- 3.5. Quelles sont les caractéristiques du contrat avec ANPERE ? p.24

4. Les garanties qui couvrent vos frais de santé **p.25**
- 4.1. Hospitalisation p.25
- 4.2. Soins courants p.28
- 4.3. Transport sanitaire p.30
- 4.4. Optique p.30
- 4.5. Dentaire p.33
- 4.6. Aides auditives p.34
- 4.7. Cure thermale p.35
- 4.8. Allocation de bienvenue p.35
- 4.9. Quelle couverture à l'étranger ? p.35
- 4.10. Options Suisse p.38

5. Ce qui n'est pas pris en charge par vos garanties frais de santé **p.43**
- 5.1. Quelles sont les exclusions communes à toutes les garanties ? p.43
- 5.2. Quelles sont les limitations communes à toutes les garanties ? p.44

6. Les garanties d'assistance **p.45**
- 6.1. Aide-ménagère p.45
- 6.2. Garde-malade p.45
- 6.3. Garde-enfants p.46
- 6.4. Garde et transfert des animaux domestiques p.46
- 6.5. Soutien scolaire p.46
- 6.6. Garde de personne dépendante p.47
- 6.7. Garanties spécifiques aux anciennes formules p.48

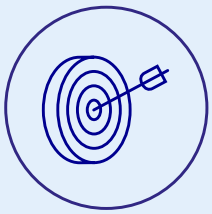
7. Ce qu'il faut savoir et faire pour obtenir un remboursement **p.53**
7.1. Qu'est-ce qui est pris en charge ? p.53
7.2. À quoi sert un contrat responsable, tel que Ma Santé ? p.53
7.3. Comment est calculé votre remboursement ? p.54
7.4. Comment obtenir un remboursement ? p.54
7.5. Prescription - Période au-delà de laquelle aucune demande n'est plus recevable p.56
7.6. Dans quels cas une expertise médicale peut vous être demandée ? p.57

8. Le fonctionnement de votre contrat **p.58**
8.1. Démarrage du contrat et déclenchement des remboursements p.58
8.2. Quand et comment pouvez-vous payer votre cotisation ? p.58
8.3. Que se passe-t-il en cas de non-paiement de votre cotisation ? p.59
8.4. Comment demander une modification de votre contrat ? p.59
8.5. Comment déposer une réclamation ? p.60
8.6. Comment mettre fin au contrat ? p.61

9. Autres dispositions **p.63**
9.1. Quels sont vos droits en cas de vente à distance et démarche ? p.63
9.2. Que se passe-t-il en cas de fausse déclaration ou de fraude ? p.64
9.3. Quelles sont les dispositions de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ? p.65
9.4. Quelles conséquences en cas de sanctions internationales ? p.65
9.5. Subrogation : dans quel cas AXA peut récupérer un remboursement auprès d'un tiers responsable ? p.66
9.6. Labellisation pour les agents territoriaux p.67
9.7. Modifications législatives et réglementaires p.68

10. Les définitions **p.69**

Sommaire p.4 Définitions p.69



1. Bien comprendre votre assurance Ma Santé

À quoi vous sert cette assurance ?



Améliorer votre couverture santé et celle de vos proches, grâce au remboursement, total ou partiel, de vos dépenses de santé, en complément de l'Assurance Maladie

Garanties « Soins courants, Hospitalisation, Optique, Dentaire, Aides auditives… »

En savoir plus, p. 25



Bénéficier de prestations d'assistance, en particulier en cas d'*hospitalisation*

Garantie « Assistance »

En savoir plus, p. 45



Profiter des services d'Angel : prévention, soutien et accès aux soins… pour mieux préserver votre santé

Services « Angel »

En savoir plus, p. 14

À partir de quand pouvez-vous profiter de votre assurance complémentaire santé ?

Dès la date d'effet de votre contrat, et jusqu'à votre date d'*échéance principale*, indiquées dans vos Conditions particulières.

Ce contrat est ensuite renouvelé automatiquement à chaque *échéance principale*, pour une période de 1 an.

Qui est protégé par votre assurance complémentaire santé ?

Toute personne désignée dans vos Conditions particulières.

Cela peut être :

- vous-même ;
- vos enfants et petits-enfants à charge fiscalement ;
- votre conjoint ou partenaire de PACS (Pacte civil de solidarité) ou concubin ;
- vos frères et sœurs (vivant sous le même toit) ;
- ainsi que vos ascendants (parents, grands-parents… vivant sous le même toit).

Où votre couverture d'assurance complémentaire santé est-elle valable ?

En France, pour tous frais de santé remboursés par l'Assurance Maladie, et mentionnés dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Et à l'*étranger*, pour certains frais de santé remboursés par l'Assurance Maladie.

> **À savoir**
>
> Lors de soins à l'*étranger*, le remboursement est souvent très faible par rapport à vos dépenses. Lorsque vous quittez l'Union européenne, nous vous recommandons de vérifier si une assurance voyage spécifique serait à envisager.

Plus de détails au paragraphe 4.9. « Quelle couverture à l'étranger ? » p. 35.

Les garanties d'assistance s'exercent en *France* sauf mention explicite contraire.

Comment vous faire rembourser vos dépenses de santé ?

Situation	Comment se faire rembourser la part de l'Assurance Maladie	Comment se faire rembourser la part complémentaire Ma Santé
Pour des dépenses de santé prises en charge par l'Assurance Maladie.		
Le professionnel de santé télétransmet à l'Assurance Maladie la feuille de soins électroniquement.	**Vous n'avez rien à faire.** **L'Assurance Maladie vous rembourse** directement sur votre compte bancaire.	**La télétransmission est activée par défaut par nos soins : nous vous remboursons** automatiquement la part complémentaire sous 10 jours sur votre compte bancaire (à partir du moment où nous recevons la télétransmission). **La télétransmission n'est pas active : votre décompte d'Assurance Maladie est à nous transmettre,** pour que nous puissions vous rembourser la part complémentaire sous 10 jours sur votre compte bancaire (à réception du décompte). Vous pouvez consulter l'état de la télétransmission sur ameli.fr et nous contacter pour toute demande de mise à jour.
Le professionnel de santé donne une feuille de soins papier	**Votre feuille de soin est à envoyer à votre caisse de Sécurité sociale.** **L'Assurance Maladie vous rembourse** directement sur votre compte bancaire.	
Pour des dépenses de santé non prises en charge par l'Assurance Maladie.		
Votre dépense de santé est prévue dans votre contrat Ma Santé (ostéopathie, chiropractie…)	**Pas de remboursement par l'Assurance Maladie.**	**Les justificatifs relatifs à votre dépense de santé sont à nous transmettre** (copie(s) de facture, ordonnance…). Une fois votre dossier complet, **nous vous remboursons** la part complémentaire sous 10 jours sur votre compte bancaire.

Pour certaines dépenses non prises en charge par l'Assurance Maladie, nous pouvons effectuer un remboursement, si le tableau de garanties de vos Conditions particulières le prévoit.

Par exemple, l'ostéopathie, la chiropraxie, la diététique, la pose d'*implant* dentaire, l'orthodontie adulte...

Pour cela, certains justificatifs vous seront demandés (factures détaillées acquittées, ordonnance...) lorsqu'ils sont nécessaires au règlement des prestations.

Également, votre professionnel de santé (orthodontiste, prothésiste dentaire, opticien, chirurgien…) peut établir un devis avant les soins pour vous permettre de nous demander une estimation de remboursement.

Dans ce cas, vous nous transmettez son devis pour connaitre votre *reste à charge* éventuel.

L'envoi de vos justificatifs depuis votre Espace Client sur axa.fr ou l'application Mon AXA (sauf contrat souscrit avec un Courtier) vous permettra d'obtenir plus rapidement votre remboursement. Plus de détails à partir du paragraphe 7.4. « Comment obtenir un remboursement ? » p. 54, à consulter selon les garanties.

Comment sont pris en charge les remboursements de complémentaire santé ?

Votre contrat vient uniquement en complément des frais de santé d'abord pris en charge par l'Assurance Maladie (sauf éventuelles exceptions précisées dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières).

Selon la dépense de santé à rembourser, une *franchise*, une *participation forfaitaire* et/ou une pénalité à votre charge peuvent être appliquées par l'Assurance Maladie.

Vos remboursements de complémentaire santé peuvent être pris en charge de 4 façons, en fonction de l'acte :

- **Soit en pourcentage (%) de la *base de remboursement (BR)*, ou, autrement dit « du tarif de référence fixé par l'Assurance Maladie ».**

  Ce qui permet de calculer le remboursement global de vos frais de santé par l'Assurance Maladie et par votre assurance complémentaire Ma Santé.

  Notre remboursement AXA couvre la différence entre le taux remboursé par l'Assurance Maladie et le taux indiqué dans le tableau de garanties des Conditions particulières.

Exemple

Vous payez 54 € pour une consultation chez un dermatologue signataire d'un *dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)*.

L'Assurance Maladie a fixé sa *BR* à 31,50 €, dont elle rembourse 70 %.

Elle rembourse donc théoriquement 70 % x 31,50 € = 22,05 €.

Mais sur ce type de soin, l'Assurance Maladie applique une participation forfaitaire de 2 € à votre charge. Elle prend donc en charge, non pas 22,05 €, mais 20,05 €.

En formule 125 % Néo, ce soin est remboursé (au global par l'Assurance Maladie et par votre assurance complémentaire Ma Santé) à hauteur de 145 % de la *BR*. Vous retrouvez ces 145 % dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Comme l'Assurance Maladie couvre 70 % de la *BR*, votre assurance complémentaire Ma Santé couvre donc :

75 % (145 % - 70 %) de la *BR* soit 75 % x 31,50 € = 23,62 €.

Votre reste à charge s'élève ainsi à 54 € – 20,05 € – 23,62 € = **10,33 €.**

Prix de la consultation	Remboursement Assurance Maladie	Remboursement complémentaire Ma Santé	Reste à charge
54 €	70 % de la BR pour cet acte **22,05 €** – 2 € de participation forfaitaire = **20,05 €**	145 % - 70 % soit 75 % **23,62 €**	54 € - 20,05 € - 23,62 € = **10,33 €**

■ **Soit en euros (€) sous forme de forfait**

Ce type de remboursement correspond aux garanties comportant un « forfait » dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Exemple

Pour chaque audioprothèse coûtant 1 200 €, l'Assurance Maladie a fixé sa *BR*[i] à 400 €, dont elle rembourse ici 60 %, soit 240 €. En formule 125 % Néo, le forfait Ma Santé pour cette dépense est de 710 € pour 4 ans et par oreille.

Votre reste à charge s'élève ainsi à 1 200 € – 240 € – 710 € = **250 €.**

Une nouvelle prise en charge forfaitaire ne sera possible que dans 4 ans.

Prix d'une audioprothèse	Remboursement Assurance Maladie	Remboursement complémentaire Ma Santé	Reste à charge
1 200 €	60 % de la BR pour cet acte et par oreille **240 €**	Forfait pour 4 ans et par oreille **710 €**	1 200 € - 240 € - 710 € = **250 €**

■ **Soit une combinaison de ces 2 méthodes**

Lorsqu'un soin occasionne un remboursement exprimé à la fois en pourcentage (%) de la *base de remboursement (BR)*[i] et en euros (€) sous forme de forfait.

Exemple

En dentaire, la pose d'une couronne sur *implant*[i] coûte 700 € en tarif libre, pour laquelle l'Assurance Maladie a fixé sa *BR*[i] à 107,50 €.

En formule 125 % Néo ce soin est remboursé (au global par l'Assurance Maladie et par votre assurance complémentaire Ma Santé) à hauteur de 100 % de la *BR*[i]. Vous retrouvez ces 100 % dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Comme l'Assurance Maladie couvre 60 % de la *BR*[i], votre assurance complémentaire Ma Santé couvre 100 % – 60 % de la *BR*[i], soit 40 % x 107,50 € = 43 €.

En plus de cela, votre assurance complémentaire Ma Santé prend en charge un forfait de 170 € par année d'assurance.

Votre reste à charge s'élève ainsi à 700 € - 64,50 € – 43 € - 170 € = **422,50 €.**

Prix de pose de couronne sur implant dentaire	Remboursement Assurance Maladie	Remboursement complémentaire Ma Santé	Reste à charge
700 €	60 % de la BR **64,50 €**	100 % - 60 % soit 40 % **43 €** + Forfait par année d'assurance **170 €** = **213 €**	700 € - 64,50 € - 43 € - 170 € = **422,50 €**

■ **Soit en « frais réels »**

Le montant total de vos dépenses réelles, pour les garanties concernées (*frais de séjour*[i] et *forfait journalier hospitalier*[i] en *établissement conventionné*[i] et équipements *100 % santé*[i]), est pris en charge par l'Assurance Maladie et votre complémentaire Ma Santé. Ce qui ne vous laisse aucun *reste à charge*[i].

Tous les exemples de remboursement ci-dessus sont calculés sur une base de *remboursement* de la Sécurité sociale arrêtée au 1er janvier 2026.

D'autres exemples de prises en charge, selon le type du soin, sont disponibles sur le site axa.fr

Attention

Chaque garantie s'applique par assuré et par *année d'assurance*, sauf indication spécifique dans vos Conditions particulières. L'*année d'assurance* s'étend depuis la date d'effet du contrat, jusqu'à sa date d'*échéance principale*. Ces dates sont également spécifiées dans vos Conditions particulières.

Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les dépenses que vous avez réellement engagées.

Le reliquat des forfaits en euros ne se reporte pas d'une année à l'autre.

Comment diminuer votre montant de reste à charge ?

1 Choisir et déclarer son *médecin traitant*

Dès 16 ans, vous pouvez choisir votre *médecin traitant*, qui doit donner son accord pour remplir ce rôle.

Cette démarche, tout en respectant le *parcours de soins coordonnés* (c'est-à-dire consulter ce médecin avant de voir un spécialiste) permet de meilleurs remboursements de l'Assurance Maladie.

Certains médecins peuvent être consultés directement sans voir son médecin traitant au préalable :

- **un remplaçant de votre *médecin traitant* ;**
- **un autre médecin en cas de déplacement ou d'urgence ;**
- **un médecin installé pour la première fois en exercice libéral ;**
- **un gynécologue ;**
- **un ophtalmologue ;**
- **un psychiatre ou un neuropsychiatre (si vous avez entre 16 et 25 ans) ;**
- **un stomatologue.**

Plus de détails sur **ameli.fr**

2 Préférer les médecins conventionnés du *secteur 1 ou 2*, et ayant signé un accord de maîtrise des tarifs *(DPTAM)*

Car en effet, l'Assurance Maladie fixe des bases de remboursement très faibles pour les médecins non conventionnés (secteur 3) et donc les remboursements complémentaires sont faibles. À noter qu'à compter du 1er janvier 2027 les complémentaires ne pourront plus rembourser ces consultations. Par ailleurs, les médecins sans accord *DPTAM* fixent des honoraires libres qui entraînent des restes à charge plus importants. Ces informations, dont l'adhésion d'un médecin à un *DPTAM*, peuvent être consultées sur le site **annuairesante.ameli.fr**

3 Demander le « *100 % santé* » à votre opticien, dentiste et audioprothésiste

Quand la mention « 100 % santé » figure dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières, vous bénéficiez d'une prise en charge totale des équipements concernés (donc sans reste à charge, dans le respect des plafonds réglementaires).

En cas de doute, vous pouvez demander un devis pour estimer votre remboursement.

4 Rechercher un professionnel partenaire du réseau Itelis

Votre contrat vous permet d'accéder au réseau Itelis depuis votre Espace Client sur axa.fr ou l'application Mon AXA (sauf contrat souscrit avec un Courtier) ou directement sur www.angel.fr

- Vous y trouverez tous les audioprothésistes, opticiens, dentistes, diététiciens et ostéopathes, avec qui nous avons négocié des tarifs préférentiels ;
- et vous pourrez également obtenir une estimation de remboursement immédiate auprès de la plupart d'entre eux (sauf diététiciens et ostéopathes).

5 Rester fidèle à votre contrat

Notre programme de fidélité AXA « Les Années Qui Comptent » peut vous permettre de meilleurs remboursements complémentaires en hospitalisation, *médecine douce*, optique ou dentaire, dès votre 2e *année d'assurance* (voir tableau de garanties de vos Conditions particulières).

Offre valable en dehors des formules Hospi (sans module), Hospi Tradi, Eco Tradi et 100 % Néo (sans module ou avec module Soins courants seul).

Comment éviter certaines avances de frais médicaux ou pharmaceutiques ?

Vous recevrez une attestation de *tiers payant* couvrant chaque assuré désigné dans votre contrat.

En présentant cette attestation aux professionnels de santé qui pratiquent le dispositif du *tiers payant*, vous n'aurez pas à avancer le montant que nous prenons en charge (selon la formule souscrite) :

- en cas d'hospitalisation pour le *forfait journalier hospitalier*, le *ticket modérateur*, les *dépassements d'honoraires* et la chambre particulière ;
- pour vos dépenses de pharmacie ;
- auprès des opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes ;
- auprès des transporteurs médicaux (ambulances, véhicules sanitaires légers (VSL), taxis) ayant signé une convention ;
- pour vos dépenses en laboratoires, radiologie, auxiliaires médicaux, appareillage et soins externes, ayant signé une convention ;

selon les garanties de votre contrat (voir Conditions particulières).

Quelles formules et garanties vous sont proposées ?

Votre formule se compose d'une formule de base et éventuellement d'un ou plusieurs modules en option.
Voici les différents niveaux de prises en charge auxquels vous pouvez accéder, en fonction de la formule de base.
Retrouvez le détail de votre formule et de vos garanties dans vos Conditions particulières.

Garantie ou service	Page	Hospi Tradi	Éco Tradi	100 % Tradi	100 % Néo	125 % Néo	150 % Néo	200 % Néo	400 % Tradi
Soins courants (généraliste, spécialiste, paramédical, analyses…)	p. 28		Initiale	Sans dépassement d'honoraires	Sans dépassement d'honoraires	Étendue	Étendue	Renforcée	Renforcée+
Optique (lunettes, lentilles…)	p. 30			Initiale	100 % santé uniquement	Étendue	Étendue	Renforcée	Renforcée+
Dentaire (soins, prothèses et orthodontie)	p. 33		Initiale	Sans dépassement d'honoraires	Sans dépassement d'honoraires	Étendue	Étendue	Renforcée	Renforcée+
Hospitalisation (chirurgie, chambre, séjour)	p. 25	Renforcée+	Initiale	Initiale	Initiale	Étendue	Étendue	Renforcée	Renforcée+
Transports sanitaires	p. 30	Étendue	Initiale	Initiale	Initiale	Étendue	Étendue	Renforcée	Renforcée+
Aide auditive	p. 34			Sans dépassement d'honoraires	Sans dépassement d'honoraires	Étendue	Étendue	Renforcée	Renforcée+
Médecine douce (ostéopathie, podologie, diététique, psycho-thérapie…)	p. 29					Initiale	Initiale	Renforcée	Renforcée+
Cure thermale	p. 35							Renforcée	Renforcée+
Assistance (des services avant, pendant et après hospitalisation)	p. 45	Standard						Renforcée	
Services Angel (prévention, accès aux soins, soutien)	p. 14	Inclus ✓							

Les modules optionnels

Vous pouvez aussi opter pour un ou plusieurs « modules » en option, qui renforcent le niveau de prise en charge de certaines formules.

<table>
<tr><th rowspan="2">Module</th><th colspan="5">Formules</th></tr>
<tr><th>100 % Tradi</th><th>100 % Néo</th><th>125 % Néo</th><th>150 % Néo</th><th>200 % Néo</th></tr>
<tr><td>Confort (médecine douce, médicaments, aides auditives et cures thermales)</td><td>En option ✣</td><td>En option ✣</td><td>En option ✣</td><td>En option ✣</td><td rowspan="3">Intégrés dans la formule</td></tr>
<tr><td>Soins Courants (honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens en laboratoires, et matériel médical)</td><td></td><td>En option ✣</td><td>Intégrés dans la formule</td><td>Intégrés dans la formule</td></tr>
<tr><td>Hospi</td><td>En option ✣</td><td>En option ✣</td><td>En option ✣</td><td>En option ✣</td></tr>
<tr><td>Optique</td><td rowspan="2">Ensemble en option ✣</td><td>En option ✣</td><td rowspan="2">Ensemble en option ✣</td><td rowspan="2">Ensemble en option ✣</td><td rowspan="2">Ensemble en option ✣</td></tr>
<tr><td>Dentaire</td><td>En option ✣</td></tr>
</table>

Le module « Confort » renforce le remboursement :

- des honoraires médicaux, pour les actes réalisés par un médecin généraliste ou spécialiste pour les formules 100 % Tradi et 150 % Néo ;
- de *médecine douce*ⓘ ;
- des médicaments ;
- des aides auditives ;
- et des cures thermales.

Le module « Soins Courants » renforce le remboursement :

- des honoraires médicaux, pour les actes réalisés par un médecin généraliste ou spécialiste ;
- des honoraires paramédicaux, pour les actes réalisés par exemple par des infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes... ;
- des analyses et examens en laboratoires ;
- et de matériel médical (fauteuil roulant, lit médicalisé, béquilles...).

Le module « Hospi » renforce les remboursements sur l'ensemble des frais liés à une intervention en milieu hospitalier.

Le module « Optique / Dentaire » renforce le remboursement :

- des lunettes, lentilles et chirurgie réfractive ;
- et des soins dentaires, prothèses dentaires et orthodontie de l'enfant.

En formule 100 % Néo, ce module peut être souscrit :

- soit en « Optique » uniquement ;
- soit en « Dentaire » uniquement ;
- soit les 2.

Option Suisse

Si vous êtes frontalier de la Suisse, et bénéficiez de l'Assurance Maladie, cette option vous permet des remboursements complémentaires santé pour ces soins effectués en Suisse :

- les médecins généralistes ou spécialistes ;
- l'hospitalisation ;
- l'achat de médicaments ;
- l'appareillage ;
- ou l'audiologie.

Plus de détails au paragraphe 4.10. « Options Suisse » p. 38.

Pourquoi choisir une formule responsable et solidaire ?

Les formules Néo, sans option Suisse, **sont toutes responsables et solidaires** car elles respectent les critères fixés par le Code de la Sécurité sociale.

Un statut qui présente plusieurs avantages :

- une couverture optimale de certains soins : par exemple avec la prise en charge complète des soins *100 % santé*, évitant des restes à charge importants ;
- une taxe moins élevée qu'en cas de formule « non responsable et solidaire », qui fait baisser le prix de la *cotisation* TTC ;
- et **pour les *travailleurs non-salariés* et non agricoles,** des avantages fiscaux (déductions d'impôts).

Plus de détails au paragraphe 7.2. « À quoi sert un contrat responsable, tel que Ma Santé ? » p. 53.

Les avantages des services Angel ?

Angel est votre allié santé au quotidien.

Pour y accéder, rendez-vous sur : www.angel.fr

Prévention

- **vous aider à prévenir la maladie :** Agissez aujourd'hui pour prévenir toute éventuelle affection de longue durée (comme le cancer). Évaluez vos risques avec notre questionnaire en ligne et échangez avec un expert ;
- **obtenez des réponses à toutes vos questions santé :** Échangez avec notre équipe d'experts depuis le chat pour vous et vos proches ;
- **préservez votre forme avec des conseils personnalisés :** Accédez à des cours en ligne, des coachings individuels, des défis santé, des programmes de prévention…

Accès aux soins

- **bénéficiez d'un second avis médical** grâce à l'expertise de médecins spécialistes ;
- **consultez un médecin à distance** 7 jours sur 7.

Soutien

Besoin d'un accompagnement dans les moments difficiles ?

Nos solutions d'assistance dédiées peuvent contribuer à vous apaiser l'esprit et soulager votre quotidien.

Par exemple, pendant ou à la suite d'une hospitalisation, bénéficiez d'une aide pour le ménage, d'un auxiliaire de vie, d'une garde d'enfants...

Sommaire p.4 Définitions p.69



Tous les exemples de remboursement sont calculés sur une base de remboursement de la Sécurité sociale arrêtée au 1er janvier 2026.

Exemple

En cas de changement de lunettes

Mme U. est retraitée depuis peu. Elle est assurée en formule 125 % Néo depuis cette année. Elle a fait contrôler sa vue chez son ophtalmologue. Il lui a fait une ordonnance pour changer ses lunettes qu'elle porte depuis 3 ans. Elle se rend donc chez son opticien de quartier, qui fait partie de notre réseau partenaire Itelis. L'opticien lui fait 2 propositions sur son devis normalisé, Mme U peut faire son choix entre :

Situation 1 : **100 % santé sans *reste à charge***

1 Demander des lunettes sans *reste à charge*

Mme U. demande de nouvelles lunettes que sa complémentaire Ma Santé pourrait intégralement prendre en charge.

2 Choisir une monture et des verres *100 % santé*

L'opticien l'oriente vers un choix de montures et de verres du dispositif *100 % santé* pour 115 €.

3 Signer le devis et présenter sa carte vitale

Mme U. signe son devis sans *reste à charge* et présente sa carte vitale et son attestation de *tiers payant*. Elle n'avance aucun paiement pour la fabrication de ses lunettes, car cet opticien pratique le *tiers payant*. L'opticien sera directement réglé par l'Assurance Maladie (20,70 €) et notre complémentaire santé (94,30 €).

Situation 2 : **Tarifs libres avec *reste à charge***

Choisir une monture à sa convenance

Mme U. choisit une monture à 175 €. L'Assurance Maladie ne prend en charge que 0,03 € sur cette monture. En revanche, sa complémentaire Ma Santé prend en charge 49,97 €.

Choisir des verres parmi la sélection présentée par son opticien Itelis

Mme U. n'aura aucun *reste à charge* sur ces verres correspondant à la grille optique A du réseau Itelis.

Signer le devis et régler la part non prise en charge de sa monture

Mme U. règle directement les 125 € non pris en charge sur la monture de son choix à son opticien.

Dans ces 2 cas, rien à transmettre, l'opticien s'occupe de le faire pour vous.

Comme l'indique le tableau de garanties de ses Conditions particulières :

Équipements « 100 % santé »		
Lunettes « 100 % santé », verres et montures de classe A, telles que définies par la réglementation		Frais réel dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Lunettes à tarifs libres		
Monture de classe B	1re, 2e année	50 € pour la monture
	3e année	75 € pour la monture
	4e année et +	100 € pour la monture
Verres de classe B La Grille optique A vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et des traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis.		Grille optique A

La prise en charge des lunettes est limitée à une paire :

- tous les 2 ans, pour tout assuré de 16 ans et plus ;
- et chaque année pour tout assuré de moins de 16 ans.

Sommaire p.4 Définitions p.69



Exemple

En cas de consultation d'un spécialiste en cardiologie

Mme V. est retraitée. Elle est assurée en formule 125 % Néo.
Son médecin généraliste, déclaré comme *médecin traitant* à l'Assurance Maladie, lui écrit une ordonnance pour consulter un cardiologue. Mme V. choisit un cardiologue de *secteur 2* ayant signé un accord de maîtrise des tarifs (*DPTAM*) :

1 Régler sa consultation de cardiologie

Mme V. règle 90 € au cardiologue pour son examen.

Le cardiologue télétransmet la feuille de soins à l'Assurance Maladie.

2 Recevoir son remboursement

34,75 € sont d'abord remboursés à Mme V. par l'Assurance Maladie, qui nous télétransmet sa régularisation (2 € de *participation forfaitaire* ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie et restent à la charge de l'assuré).

Nous remboursons alors 39,37 € de complémentaire santé.

3 Constater le faible *reste à charge* que permet sa complémentaire santé

Le *reste à charge* de Mme V. dans cette situation est la *participation forfaitaire* de 2 €, appliquée par l'Assurance Maladie + 13,88 € de *reste à charge*.

Pour récapituler, ce remboursement peut se décomposer ainsi :

- Prix de la consultation de cardiologie : **90 €**
- *Base de remboursement (BR)* de l'Assurance Maladie : **52,50 €**
- Prise en charge par l'Assurance Maladie : **52,50 € x 70 % - 2 € = 34,75 €**
- Prise en charge par la complémentaire santé : **52,50 € x (145 % - 70 %) = 39,37 €**
- *Reste à charge* : **90 € – 34,75 € – 39,37 € = 15,88 €**

Comme l'indique le tableau de garanties de ses Conditions particulières :

Soins courants	
Honoraires médicaux	
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	145 %



Exemple

En cas de consultation chez un ostéopathe

M. W. est expert-comptable indépendant et a souscrit une formule 125 % Néo. Il se rend chez son ostéopathe pour la 2ème fois dans l'année.

1

Régler 60 € à la fin de la séance

L'ostéopathe lui transmet une facture payée par e-mail.

2

Transmettre la facture

M. W. envoie sa facture d'ostéopathie :

- dans le menu « Mes services en ligne » depuis son Espace Client sur axa.fr (sauf contrat souscrit avec un Courtier) ;
- ou « Démarches » dans l'application Mon AXA ;

puis dans la rubrique « Demander un remboursement ».

3

Recevoir son remboursement de 25 €

M. W. pourra profiter d'une 3e séance prise en charge à hauteur de 25 € dans l'année.

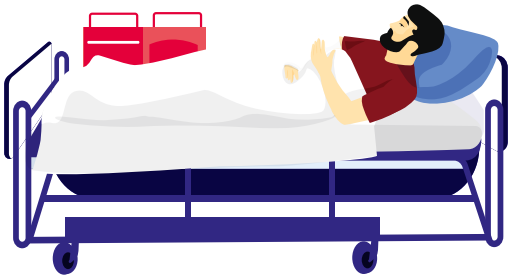
Comme l'indique le tableau de garanties de ses Conditions particulières :

Médecine douce et prévention		
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale		25 € / séance
Nombre de séances remboursées toutes spécialités listées ci-dessus confondues	1re, 2e année	3 séances / an
	3e année et +	6 séances / an

Exemple

En cas de difficultés à la suite d'une hospitalisation

M. X., âgé de 70 ans, s'est fait opérer de la hanche. Il est hospitalisé 5 jours. Il rentre chez lui, mais a toujours des difficultés pour se déplacer et ne peut pas effectuer ses tâches quotidiennes. Il habite seul dans une maison de campagne de plus de 100 m2 et aurait besoin d'aide le temps qu'il se remette sur pieds. Il est assuré en formule 125 % Néo.



1 **Contacter l'Assistance AXA au 3633**

M. X. appelle l'Assistance AXA dès son retour de l'hôpital pour demander de l'aide pour s'occuper de sa maison. Il fournit ses informations d'identité, son code postal, ainsi que le numéro de son contrat ou sa référence Client, figurant sur ses Conditions particulières.

2 **Transmettre son Bulletin d'hospitalisation**

Une fois que M. X. obtient son Bulletin d'hospitalisation, il le transmet par e-mail à l'Assistance AXA (grâce aux coordonnées d'envoi qui lui ont été indiquées lors de l'ouverture de son dossier).

3 **Recevoir un accord**

L'Assistance AXA donne son accord pour une aide-ménagère, à hauteur de 14 h à répartir sur 30 jours ouvrés. M. X. reçoit, par e-mail et/ou sms, le nom de la société partenaire qui va prendre rendez-vous avec lui sous 72 h ouvrés, pour réaliser cette prestation.

4 **Accueillir le prestataire d'aide-ménagère**

En fonction de ses besoins, pendant 30 jours, le prestataire partenaire aide M. X. pour son ménage et ses courses.

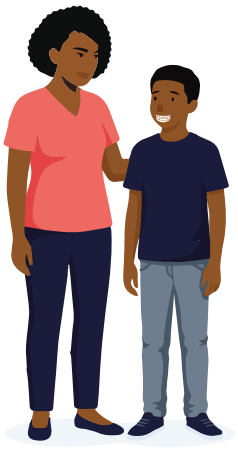
5 **Ne rien payer**

Ce service étant pris en charge, M. X. profite de son aide-ménagère gratuitement.

Comme l'indique le tableau de garanties de ses Conditions particulières :

Assistance	
Résumé des garanties d'assistance	
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans vos Conditions générales.	Dans la limite de 40 heures par an

Sommaire p.4 Définitions p.69



Exemple

En cas de pose d'un appareil dentaire

Mme Y. et son fils sont assurés depuis 4 ans en formule 125 % Néo. Elle emmène son fils de 13 ans chez l'orthodontiste pour évoquer la pose d'un appareil dentaire. L'orthodontiste établit un devis de 800 € par semestre. L'adolescent portera des bagues dentaires pendant 2 ans.

1 Transmettre le devis

Mme Y. envoie son devis d'orthodontie depuis son Espace Client (sur axa.fr ou l'application Mon AXA, sauf contrat souscrit avec un Courtier), dans le menu « Mes services en ligne », puis la rubrique « Envoyer un devis ou une demande de prise en charge ».

2 Consulter ses estimations de remboursement par l'Assurance Maladie et AXA

Les estimations de remboursement et de *reste à charge* de Mme Y. lui sont transmises par courrier, qui peut être consulté depuis son Espace Client sur axa.fr ou l'application Mon AXA (sauf contrat souscrit avec un Courtier).

Remboursement de l'Assurance Maladie	Remboursement complémentaire Ma Santé	Reste à charge
193,50 € par semestre	200 € par semestre compte tenu de 4 années d'assurance	406,50 € par semestre

3 Accepter le devis et régler le 1er semestre d'orthodontie

Lors du rendez-vous de pose de l'appareil dentaire, Mme Y. règle 800 € à l'orthodontiste pour le 1er semestre. L'orthodontiste édite une facture payée pour Mme Y., qu'il télétransmet à l'Assurance Maladie.

4 Envoyer la facture acquittée pour demander le remboursement

Mme Y. envoie cette fois sa facture payée du 1er semestre d'orthodontie :

- dans le menu « Mes services en ligne » depuis son Espace Client sur axa.fr (sauf contrat souscrit avec un Courtier) ;
- ou « Démarches » dans l'application Mon AXA ;

puis dans la rubrique « Demander un remboursement ».

5 Recevoir son remboursement

Pour chaque trimestre d'orthodontie réglé par Mme Y., elle reçoit ses remboursements de 193,50 € de l'Assurance Maladie et 200 € d'AXA, directement sur son compte bancaire.

Comme l'indique le tableau de garanties de ses Conditions particulières :

Dentaire		
Orthodontie		
Orthodontie (versé par semestre)	1re, 2e année	100 € / semestre (soit 200 € / an)
	3e année	150 € / semestre (soit 300 € / an)
	4e année et +	200 € / semestre (soit 400 € / an)

Attention

Cette situation concerne uniquement les enfants de moins de 16 ans.

L'orthodontie pour des *bénéficiaires* de plus de 16 ans est prise en charge uniquement en formules 150 % Néo avec module Optique Dentaire, 200 % Néo et 400 % Tradi.



Exemple

En cas de pose d'un appareil auditif

M. Z. est assuré en formule 125 % Néo avec module Confort. Son oto-rhino-laryngologiste (ORL) lui fait une ordonnance pour des appareils auditifs. Il se rend chez un audioprothésiste qui lui propose un devis qui comporte 2 propositions de tarif :

- une avec des équipements en *100 % santé* (équipements à piles) coûtant 950 € par oreille ;
- l'autre avec des équipements en tarif libre (équipements rechargeables) coûtant 1 500 € par oreille.

1 Transmettre le devis

M. Z. envoie son devis d'audioprothèses :

- dans le menu « Mes services en ligne » depuis son Espace Client sur axa.fr (sauf contrat souscrit avec un Courtier) ;
- ou « Démarches » dans l'application Mon AXA ;

puis dans la rubrique « Envoyer un devis ».

2 Consulter ses estimations de remboursement par l'Assurance Maladie et AXA

Les estimations de remboursement et de *reste à charge* de M. Z. lui sont transmises par courrier. Elles peuvent être consultées depuis son Espace Client sur axa.fr ou l'application Mon AXA (sauf contrat souscrit avec un Courtier).

À noter : la *base de remboursement (BR)* de l'Assurance Maladie est de 400 € par oreille.

Type d'appareil	Remboursement de l'Assurance Maladie	Remboursement complémentaire Ma Santé	Reste à charge
Équipement 100 % Santé	60 % de la BR soit 240 € par oreille	710 € par oreille	Aucun reste à charge
Équipement en tarif libre	60 % de la BR soit 240 € par oreille	760 € par oreille	500 € par oreille

3 Accepter l'une des offres

M. Z. choisit l'audioprothèse *100 % santé* et ne règle rien à son audioprothésiste, lorsqu'il lui présente sa carte vitale et son attestation de *tiers payant*.

En effet, sa prise en charge complète (Assurance Maladie + AXA) intègre aussi les rendez-vous de M. X. avec son audioprothésiste, pour adapter ses appareils à son audition.

4 Conserver la facture des appareils, permettant de justifier leur garantie

M. Z. conserve la facture fournie par son audioprothésiste. En cas de problème avec ses audioprothèses, il pourra ainsi mettre en œuvre leur garantie pendant 4 ans.

Comme l'indique le tableau de garanties de ses Conditions particulières :

Aide auditive	
Équipements « 100 % santé »	
Les aides auditives « 100 % santé » (classe I) sont définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation
Aides auditives à tarifs libres	
Aides auditives à tarifs libres (classe II)	760 € / oreille

2. Vos contacts essentiels

Ce chapitre ne constitue qu'une synthèse des différents contacts dont vous pouvez avoir besoin tout au long de la vie du contrat.

Vous souhaitez contacter votre interlocuteur AXA habituel ?

Vous retrouvez ses coordonnées dans vos Conditions particulières ou depuis votre Espace Client sur **axa.fr** et l'**Application Mon AXA** (sauf contrat souscrit avec un Courtier).

Vous souhaitez effectuer une demande de remboursements de frais de santé ?

Pour bénéficier des remboursements de frais de santé, ou simplement obtenir une estimation, vous devez en faire la demande :

- soit depuis votre Espace Client sur **axa.fr** ou l'**application Mon AXA** (sauf contrat souscrit avec un Courtier) ;
- soit auprès du Service Client :

par téléphone : au **09 70 80 81 82**
du lundi au vendredi de 8 h 30 à 20 h et le samedi de 9 h à 16 h.

par courrier : **AXA France** – Santé individuelle - Prestations Service Client - TSA 16304 - 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9

Vous souhaitez bénéficier de l'Assistance ?

Pour bénéficier d'un service d'assistance, notamment en cas d'*hospitalisation*, vous devez appeler l'Assistance AXA avant toute dépense :

par téléphone : au **3633** depuis la France, ou au **+33 1 55 92 27 54** depuis l'*étranger*, 24 h/24, 7 j/7.

Votre contrat garantie une assistance juridique et vous souhaitez obtenir une information ?

Si vos Conditions particulières indiquent que votre contrat comprend l'assistance juridique, vous pouvez joindre l'Assistance AXA :

par téléphone : au **3633**

Pour en savoir plus sur l'accès au service d'information juridique, reportez-vous au paragraphe 6.7. « Garanties spécifiques aux anciennes formules », partie « Assistance juridique : information juridique par téléphone » p. 51.

Vous souhaitez bénéficier du programme Angel ?

Grâce à Angel, accédez rapidement à l'ensemble de vos services de prévention, de soutien et d'accès aux soins :

sur le site : **www.angel.fr** ou depuis votre Espace Client sur **axa.fr** et l'**application Mon AXA** (sauf contrat souscrit avec un Courtier).

par téléphone : au **3633**.

Vous souhaitez accéder à vos services de gestion courante ?

Rapidement et en toute autonomie, vous pouvez vous connecter à votre Espace Client sur **axa.fr** ou l'**application Mon AXA** (sauf contrat souscrit avec un Courtier).

Vous pourrez notamment y :

- suivre vos remboursements en temps réels ;
- télécharger vos Attestations de *tiers payant* ;
- modifier vos informations personnelles ;
- payer vos *cotisations* par carte bancaire ;
- envoyer une demande à votre interlocuteur AXA habituel ;
- consulter vos garanties et *bénéficiaires* ;
- poser vos questions concernant vos prestations sur le chat **axa.fr**, du lundi au vendredi de 9 h à 20 h et le samedi de 9 h à 16 h ;
- et bien plus…

Vous voulez mettre fin à votre contrat ?

Vous devez nous en informer :

- soit en contactant votre interlocuteur AXA, qui vous apportera une réponse rapide et personnalisée.
- soit en complétant le formulaire de contact sur **axa.fr/services-assistance/contact-axa/formulaire-resiliation.html**
- soit depuis votre Espace Client sur **axa.fr** (sauf contrat souscrit avec un Courtier).
- soit : par courrier : **AXA France** - Résiliations Santé individuelle – TSA 16304 – 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9
  ou à l'adresse de notre siège social, **AXA France** - Résiliations - 313 Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex

Pour en savoir plus sur la résiliation du contrat, reportez-vous au paragraphe 8.6. « Comment mettre fin au contrat ? » et sur **axa.fr/complementaire-sante/resiliation-mutuelle.html**

Vous souhaitez adresser une réclamation ?

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction.

1. Auprès de nos équipes

Vous adressez votre réclamation :

- à votre interlocuteur AXA : ses coordonnées sont indiquées sur vos courriers et sur votre Espace Client sur axa.fr (sauf contrat souscrit avec un Courtier) ;
- ou au Service Client pour les réclamations relatives aux remboursements ;

par téléphone : au **09 70 80 81 82**

par courrier : **AXA France** – Santé individuelle - Prestations Service Client - TSA 16304 - 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9

- ou à tout moment, au Service Réclamations.

Selon la nature du litige, les différents moyens de contacter le Service Réclamations sont :

- **Pour les garanties d'assurance**

via le formulaire de contact : sur **axa.fr** ou depuis votre Espace Client (sauf contrat souscrit avec un Courtier)

par courrier : **AXA France** - Réclamations - TSA 46307 - 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9

- **Pour les prestations d'assistance**

via le formulaire de contact : **axa.fr/services-assistance/contact-axa/formulaire-reclamation.html**

par courrier : **Assistance AXA** - Relation Client - 8-10, rue Paul Vaillant Couturier - 92240 Malakoff

par e-mail : **relation.clientele@axa-assistance.com**

- **Pour l'assistance juridique (si votre contrat la garantit)**

par e-mail : à **servicereclamation@juridica.fr**

par courrier : **Juridica** - Réclamations - 1 place Victorien Sardou - 78166 Marly-le-Roi Cedex

2. Auprès du Médiateur de l'Assurance

Votre demande peut se faire :

sur le site : **mediation-assurance.org**

par courrier : **La Médiation de l'Assurance** - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

Pour en savoir plus sur les réclamations, reportez-vous au paragraphe 8.5. « Comment déposer une réclamation ? ».

Sommaire p.4 Définitions p.69

3. Ce qui est assuré par votre contrat

3.1. Qui est assuré ?

Les personnes assurées, aussi appelées les *bénéficiaires*, sont désignées dans vos Conditions particulières.

Tous les assurés ainsi désignés bénéficient du même niveau de protection. Certaines garanties peuvent tout de même évoluer selon la date d'entrée du *bénéficiaire* au contrat.

Vous trouvez la **date de début d'assurance** de chacun des assurés dans le tableau des personnes assurées figurant aux Conditions particulières.

Qui peut être assuré ?

Peuvent être assurés au contrat, tous les *membres d'une même famille* habitant en France métropolitaine, bénéficiant de l'Assurance Maladie :

- le souscripteur ou *adhérent*, résident fiscal français ;
- le conjoint comprenant également le partenaire de PACS (Pacte civil de solidarité) et le concubin ;
- le ou les enfants à charge fiscalement du souscripteur/*adhérent* ou du conjoint ;
- les petits-enfants à charge fiscalement du souscripteur/*adhérent* ou du conjoint ;
- les frères et sœurs vivant sous le même toit ;
- le ou les ascendants du souscripteur/*adhérent* ou du conjoint vivant sous le même toit.

Si vous habitez en France et êtes travailleur frontalier, vous pouvez souscrire au contrat Ma santé après avoir obtenu une attestation de droits à l'assurance maladie française. Il faut en faire la demande auprès de la Sécurité sociale de votre département.

Ancienneté des personnes au contrat

Sur certaines de nos formules, avec ou sans modules complémentaires, nos garanties augmentent en fonction de l'ancienneté. Le montant de vos garanties tenant compte de cette ancienneté est indiqué dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

L'ancienneté est comptée par personne à partir de la souscription ou de l'adhésion à une formule, avec ou sans module complémentaire. À l'ajout d'une personne sur le contrat, cette nouvelle personne n'a pas d'ancienneté.

Avantage 3e enfant

L'avantage 3e enfant est défini comme suit :

- si 3 enfants ou plus, de moins de 18 ans, sont inscrits au contrat, le 3e enfant et les suivants bénéficient d'une gratuité de leur *cotisation* (hors option Suisse) ;
- si avec une option Suisse souscrite, 3 enfants ou plus, de moins de 18 ans, sont inscrits au contrat, le 3e enfant et les suivants bénéficient d'une remise de 50 % sur leur *cotisation*.

Ces dispositions sont revues chaque année en fonction de l'évolution de l'âge des enfants.

Seuls les enfants d'un adulte inscrit au contrat sont pris en compte pour l'octroi de cet avantage.

L'âge des enfants est considéré par rapport à l'année civile : un enfant est considéré comme ayant moins de 18 ans s'il n'est pas encore dans l'année civile où il atteindra ses 18 ans.

3.2. Quelle est la durée du contrat ?

La première année de souscription, votre contrat démarre dès la date d'effet jusqu'à votre date d'*échéance principale*, indiquée dans vos Conditions particulières.

Les années suivantes, le contrat se renouvelle automatiquement à chaque date d'*échéance principale*, pour une période de 1 an.

3.3. Où s'exercent les garanties ?

En France, pour tous frais de santé remboursés par l'Assurance Maladie, et mentionnés dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Et à l'*étranger*, nous prenons en charge les soins à l'*étranger*, uniquement, lorsque qu'ils sont eux-mêmes pris en charge par l'Assurance Maladie dans les limitations et exclusions précisées au paragraphe 4.9. « Quelle couverture à l'*étranger* ? ».

Les soins à l'*étranger* pris en charge par l'Assurance Maladie sont des soins urgents, non planifiés. Détenir sa carte européenne d'Assurance Maladie (CEAM) est un plus pour simplifier cette prise en charge. Nous vous invitons à prendre contact avec votre Sécurité sociale.

> **Attention**
>
> **Le remboursement que nous vous versons et celui versé par l'Assurance Maladie peuvent être très inférieurs aux coûts réellement engagés. Aussi nous vous recommandons, dès que vous voyagez à l'*étranger*, de compléter avec une assurance voyage.**

Les garanties d'assistance s'exercent en *France* sauf mention explicite contraire.

3.4. Quelles sont les caractéristiques du contrat avec AXA ?

Votre contrat d'assurance santé est un contrat individuel conclu avec AXA, si vous remplissez ces conditions :

- aucune des personnes couvertes par le contrat n'est un *travailleur non-salarié* non agricole ;
- les *bénéficiaires* sont affiliés à l'un des *régimes obligatoires* suivants :
  - le régime général de l'Assurance Maladie qui couvre les salariés, les habitants d'Alsace-Moselle, les personnes bénéficiant de la protection universelle maladie (PUMA),
  - le régime maladie agricole qui couvre les exploitants et salariés agricoles, ainsi que les salariés travaillant pour des organismes ou entreprises agricoles,
  - un régime spécial (par exemple pour les militaires ou la SNCF, …).

3.5. Quelles sont les caractéristiques du contrat avec ANPERE ?

Votre contrat d'assurance santé est un contrat de groupe à adhésion facultative si vous remplissez ces conditions :

- au moins un *bénéficiaire* est un *travailleur non-salarié* non agricole, pouvant bénéficier d'une réduction d'impôt sur les *cotisations*, selon la loi dite « Loi Madelin » du 11 février 1994. Ce *bénéficiaire* est affilié au régime général de l'Assurance Maladie ;
- avoir signé votre Certificat d'adhésion pour être membre de l'*association* ANPERE.

Ce contrat est conforme aux dispositions du Code des assurances et est éligible à la loi dite Madelin. Il peut vous permettre de bénéficier d'une déduction fiscale, sauf pour certaines formules spécifiques (Hospi, Eco, 400 %, et formules Tradi). Il vous appartient de vérifier chaque année si vous pouvez bénéficier de cette déduction, en fonction de la réglementation en vigueur, pour les *bénéficiaires* affiliés au régime d'Assurance Maladie maternité des *travailleurs non-salariés* non agricoles (et hors éventuels frères, sœurs, petits-enfants et ascendants assurés au contrat).

Sommaire p.4 Définitions p.69



4. Les garanties qui couvrent vos frais de santé

4.1. Hospitalisation

Nous prenons en charge les frais liés à votre hospitalisation à *domicile* ou dans un établissement public ou privé, pour un *court séjour* ou un *moyen séjour*. On parle d'*hospitalisation avec admission*.

Le *court séjour* couvre les soins de courte durée ou les traitements d'une affection pendant sa survenance.

Le *moyen séjour* couvre les *soins de suite et de réadaptation (SSR)* nécessaires au rétablissement, dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

Dans tous les cas :

- les frais liés aux consultations externes à l'hôpital ;
- ainsi que les consultations aux urgences *sans admission* ;

sont pris en charge au titre et aux conditions de la garantie Soins courants.

Plus de détails au paragraphe 4.2. « Soins courants » p. 28.

Honoraires

Cette garantie couvre les honoraires des médecins, y compris chirurgiens, dans les établissements privés ou de leur activité libérale dans les établissements publics. Dans les établissements publics, en dehors de l'activité libérale, les honoraires des médecins sont pris en compte dans les *frais de séjour*.

Le calcul des remboursements de ces frais peut différer selon que le médecin :

- adhère à un *dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)* ;
- ou n'adhère pas à un *DPTAM*.

Des limitations spécifiques existent pour la chirurgie esthétique au paragraphe 5.2. « Quelles sont les limitations communes à toutes les garanties ? » p. 44.

À la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire, le taux de remboursement est limité les 3 premiers mois d'assurance à 100 % de la *base de remboursement* de l'Assurance Maladie (remboursement de l'Assurance Maladie inclus) à l'exception de :

- **l'ajout de nouveau-né ;**
- **un accident survenu durant les 3 premiers mois d'assurance.**

Si, précédemment à votre souscription, vous étiez assuré auprès d'un autre organisme assureur, le taux de remboursement de la garantie Honoraires en cas d'hospitalisation est limité les trois premiers mois d'assurance à celui prévu par votre ancien contrat, sans pouvoir excéder le taux de remboursement prévu par vos Conditions particulières.

> **Attention**
>
> **Ce délai de 3 mois limite donc votre remboursement, avec des dépassements d'honoraires qui restent à votre charge durant cette période.**

Lors d'un changement de garantie à la hausse (ajout de module ou choix d'une formule supérieure), l'application des nouvelles garanties n'est effective qu'après 3 mois. Les garanties avant changement s'appliquent durant ces 3 premiers mois. En cas d'accident survenu pendant cette période, les nouvelles garanties s'appliquent bien.

Frais de séjour

Les *frais de séjour* désignent l'ensemble des coûts liés à l'hébergement et à la prise en charge du patient **durant son hospitalisation.**

Cela inclut par exemple :

- le prix de la chambre partagée, autrement appelée « chambre double » ;
- la surveillance médicale ;
- les services administratifs ;
- les soins infirmiers ;
- les honoraires des médecins pratiquant dans les établissements publics…

Les *frais de séjour* s'entendent sur l'ensemble des jours d'hébergement et de prise en charge. L'Assurance Maladie définit un *prix de journée* pour ces *frais de séjour*.

Nous prenons en charge, au titre de cette garantie, le *ticket modérateur* pour le *prix de journée* (uniquement en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer) et pour les *actes coûteux*.

Nous prenons également en charge la *participation forfaitaire* pour les *actes coûteux* (par exemple à partir de 120 €, voir ameli.fr).

Forfait journalier hospitalier

Ce forfait couvre les frais d'hébergement et d'entretien entrainés par l'hospitalisation.

Cela inclut par exemple :

- les repas ;
- le chauffage ;
- la lingerie ;
- l'entretien des équipements…

Nous prenons en charge l'intégralité du *forfait journalier hospitalier*.

Nous prenons également en charge l'intégralité du *forfait patient urgences*.

Ce forfait est à votre charge, si vous vous rendez aux urgences sans hospitalisation. Son montant est fixé par l'Assurance Maladie.

Chambre particulière

La garantie Chambre particulière est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Les modalités de calcul de prise en charge figurent dans le tableau des garanties de vos Conditions particulières.

Nous prenons en charge la chambre particulière uniquement en cas d'hospitalisation dans un établissement public ou privé, pour un *court séjour* ou un *moyen séjour*, dans la limite de 30 jours par *année d'assurance* *en moyen séjour*. Dans ces cas, on parle d'une hospitalisation avec *admission*.

Attention

L'établissement vous proposant une chambre particulière doit, préalablement, vous communiquer son prix, et recueillir votre consentement pour vous la facturer.

Vous pouvez ainsi en évaluer le *reste à charge* avant de l'accepter.

Lit pour accompagnant

La garantie Lit pour accompagnant est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Les modalités de calcul de prise en charge figurent dans le tableau des garanties de vos Conditions particulières.

La personne hospitalisée, majeure ou mineure, doit être assurée au contrat.

Tandis que la personne accompagnante peut, ne pas être assurée au contrat.

Ce forfait peut également être utilisé pour la prise en charge des frais des maisons d'accueil hospitalières lorsque l'établissement hospitalier ne dispose pas de lit pour accompagnant (voir la définition des maisons d'accueil hospitalières dans l'article L6328-1 du Code de la santé publique).

Frais pré et post-opératoires

(en formules Hospi et Hospi Tradi uniquement)

Nous prenons en charge les *frais pré et post-opératoires* uniquement en formules Hospi et Hospi Tradi (qui n'incluent pas la garantie Soins courants).

Au titre de cette garantie, nous vous remboursons les frais de praticiens, de laboratoires ou de pharmacie en lien avec l'intervention chirurgicale, durant les 30 jours qui précèdent et les 30 jours qui suivent l'opération.

Les modalités de calcul de prise en charge figurent dans le tableau des garanties de vos Conditions particulières.

Confort à l'hôpital

La garantie Confort à l'hôpital est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Nous prenons en charge exclusivement les frais de Confort à l'hôpital de :

- télévision ;
- connexion Internet ou de téléphone ;

dans la limite de 30 jours par *année d'assurance* en *moyen séjour*.

En cas d'inclusion des frais de confort dans le prix de la chambre particulière, la garantie Confort à l'hôpital peut compléter le remboursement, dans la limite des frais réellement engagés.

Vous devez dans tous les cas nous adresser les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré, que ces factures proviennent de l'établissement hospitalier ou d'un tiers prestataire.

> ⚠ **Attention**
>
> **L'établissement vous proposant une prestation de confort hospitalier doit, préalablement, vous communiquer son prix, et recueillir votre consentement pour vous la facturer.**
>
> **Vous pouvez ainsi en évaluer le *reste à charge* avant de l'accepter.**

Les modalités de calcul de prise en charge figurent dans le tableau des garanties de vos Conditions particulières.

Hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à *domicile* (HAD) est un dispositif mis en place par certains établissements hospitaliers vous permettant de recevoir à *domicile* des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés.

Les *frais de séjour* liés à l'hospitalisation à *domicile* sont :

- la surveillance médicale ;
- les soins infirmiers ;
- les honoraires des médecins pratiquant dans les établissements publics…

Limitations applicables à l'Hospitalisation

Il existe des limitations, notamment pour les affections psychiatriques et la chirurgie esthétique.

Plus de détails au paragraphe 5.2. « Quelles sont les limitations communes à toutes les garanties ? » p. 44.

4.2. Soins courants

Honoraires médicaux

La garantie Honoraires médicaux est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Nous prenons en charge vos frais de consultations, de visites et les actes que le médecin aura pratiqués (actes cliniques et techniques, actes de spécialité : radiographie et imagerie médicale).

Selon la formule souscrite, nous pouvons distinguer les remboursements versés aux médecins ayant adhéré à un *dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)* des remboursements aux médecins n'ayant pas adhéré à un *DPTAM*.

Analyses et examens de laboratoire

La garantie Analyses et examens de laboratoire est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Nous prenons en charge les frais qui se rapportent à vos examens médicaux dans les laboratoires d'analyses médicales.

Honoraires paramédicaux

La garantie Honoraires paramédicaux est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Nous prenons en charge les visites et les actes des auxiliaires médicaux mentionnés aux articles L.4311-1 à L.4394-5 du Code de la Santé publique (par exemple : infirmier et infirmière, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste et orthoptiste).

Médicaments

La garantie Médicaments est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Nous prenons en charge :

- les médicaments à service médical rendu majeur ou important, les médicaments à service médical rendu modéré et certaines préparations magistrales ;
- les médicaments à service médical faible **lorsqu'ils ne sont pas explicitement exclus de vos Conditions particulières** ;
- si explicitement mentionnés et valorisés dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières, les médicaments prescrits, non pris en charge par l'Assurance Maladie, figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'Agence nationale de sécurité du médicament.

Exclusions

Nous ne remboursons en aucun cas un médicament non prescrit.

Matériel médical

La garantie Matériel médical est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Nous prenons en charge au titre de cette garantie les produits figurant sur *la liste des produits et prestations remboursables (LPP)* par l'Assurance Maladie (disponible sur ameli.fr), à l'exception des lunettes, des lentilles et des prothèses auditives dont les prestations contractuelles sont précisées dans les paragraphes 4.4. « Optique », 4.5. « Dentaire » et 4.6. « Aides auditives ».

Notre remboursement combiné à celui de l'Assurance Maladie ne peut dépasser les prix limites de vente définis par la réglementation pour les *prothèses capillaires* de classe III.

Dans le cadre des formules 100 % ou 125 % ou 150 % ou 200 % (*Anciennes formules* ou Néo) ou 400 % Tradi, avec ou sans modules complémentaires, nous prenons également en charge, sans *reste à charge* :

- la location de courte durée des *véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH)*, ainsi que le forfait de mise à disposition des fauteuils roulants modulaires pour cette location de courte durée ;
- les *prothèses capillaires* de classe II.

Dans ces 2 cas, notre remboursement combiné à celui de l'Assurance Maladie couvre à hauteur des prix limites de vente définis par la réglementation.

Une *prothèse capillaire* n'est prise en charge qu'en cas d'alopécie consécutive à une pathologie ou au traitement de cette pathologie (qu'il s'agisse d'une alopécie temporaire ou définitive, partielle ou totale, pour un patient adulte ou enfant).

Dans le cadre de l'alopécie androgénique, la prise en charge est limitée à l'alopécie androgénique féminine sévère, égale au stade 3 de la classification de Ludwig.

Médecine douce et prévention

Médecine douce

La garantie Médecine douce est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Nous prenons en charge les prestations :

- des ostéopathes, chiropracteurs, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues à condition qu'ils figurent aux *répertoires nationaux RPPS* ou *ADELI* ;
- des psychothérapeutes à condition qu'ils figurent aux *répertoires nationaux RPPS* ou *ADELI* et au registre national des psychotérapeutes ;
- des acupuncteurs à condition qu'ils figurent aux *répertoires nationaux RPPS* ou *ADELI* et soient inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Ces professionnels doivent donc être des médecins, des ostéopathes, des chiropracteurs, des psychologues, des psychothérapeutes ou des auxiliaires médicaux au sens du Livre III de la 4e partie du Code de la santé publique (pédicures-podologues, etc.).

Pour ces professions de santé, nous prenons en charge au titre de cette prestation les actes qui ne donnent pas lieu à remboursement par l'Assurance Maladie.

Prévention

Vous avez droit à un forfait Prévention si cette garantie est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Le forfait Prévention est commun à l'ensemble des actes mentionnés dans cette garantie. Ils peuvent être :

- le vaccin contre la grippe prescrit par ordonnance lorsque celui-ci n'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie (à noter : les vaccins pris en charge par l'Assurance Maladie et leur injection sont pris en charge au titre et aux conditions de la garantie Soins courants) ;
- tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec autorisation de mise sur le marché ou norme Afnor) non remboursés par l'Assurance Maladie ;

- les consultations de diététiciens diplômés d'État et figurant aux *répertoires nationaux RPPS* ou *ADELI* (à noter : les consultations des médecins nutritionnistes peuvent être prises en charge par l'Assurance Maladie et sont alors remboursées au titre et aux conditions de la garantie Soins courants) ;
- les compléments en Oméga 3 prescrits par un médecin dans un but de prévention ou de lutte contre la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) ;
- le dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin, même lorsqu'il n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie ;
- les vaccins prescrits non pris en charge par l'Assurance Maladie ;
- les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D.1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant. L'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'article D.1172-2 du Code de la santé publique.

Nous prenons en charge uniquement les actes mentionnés dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières au titre de ce forfait Prévention.

Bilan sanguin
(en formule Hospi Tradi uniquement)

Cette garantie couvre la prise de sang et l'analyse sanguine qui s'en suit, réalisées dans les conditions prévues à l'article L6211-7 et suivants du Code de la santé publique.

Prise en charge des psychologues dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy »

L'Assurance Maladie prend partiellement en charge jusqu'à 12 séances (séance d'évaluation comprise) réalisées par un psychologue conventionné.

Seuls les psychologues ayant signé une convention avec l'Assurance Maladie sont éligibles à ce dispositif.

Nous intervenons en complément de l'Assurance Maladie, sur la base d'un tarif fixé par l'Assurance Maladie pour une séance, à hauteur du *ticket modérateur* au titre de cette garantie dès lors que la garantie Soins courants est acquise au contrat.

4.3. Transport sanitaire

La garantie Transport sanitaire est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Nous prenons en charge le transport sanitaire pour l'hospitalisation et pour la médecine de ville si celui-ci est prescrit et remboursable aux conditions prévues et définies par l'Assurance Maladie, que vous pouvez consulter sur ameli.fr.

4.4. Optique

La réglementation *100 % santé* définit 2 classes de montures et de verres :

- une classe A plafonnée par des prix limites de vente définis par la réglementation ;
- une classe B à tarifs libres.

La définition des verres et montures de chaque classe est précisée dans la *liste des produits et prestations remboursables (LPP)* par l'Assurance Maladie, disponible sur ameli.fr.

En aucun cas le remboursement total (y compris celui de l'Assurance Maladie) pour un équipement optique ne peut dépasser les plafonds mentionnés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Équipements « 100 % santé »

La garantie Équipements « 100 % santé » est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Cette garantie couvre les verres et les montures de classe A.

Notre remboursement combiné à celui de l'Assurance Maladie couvre l'intégralité des prix limites de vente définis par la réglementation pour votre équipement de classe A.

Les verres de classe A bénéficient au minimum d'un amincissement, d'un traitement anti-reflet, d'un traitement anti-rayures et si nécessaire, d'une prestation d'appairage et/ou d'une prestation d'adaptation.

Lunettes à tarifs libres

La garantie Lunettes à tarifs libres est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Cette garantie couvre les verres et les montures de classe B.

Lunettes (Verres et montures)

La garantie Lunettes (Verres et montures) est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Cette garantie couvre les verres et les montures de classe A ou de classe B.

Cas particuliers de remboursement : verres et montures de classes différentes

Les règles ci-après s'appliquent uniquement si la garantie Équipements « 100 % santé » est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières en Optique.

Cas de 2 verres de classe A et d'une monture de classe B

Dans ce cas, les verres de classe A sont remboursés à hauteur des prix limites de vente définis par la réglementation.

Si la garantie « Monture de classe B » est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières, la monture est remboursée à hauteur du forfait prévu.

Si la garantie « Forfait lunettes » est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières, ce forfait est réduit à concurrence du montant remboursé pour les verres de classe A.

La monture est remboursée à hauteur de ce forfait réduit et dans la limite du plafond de prise en charge de la monture mentionné à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Cas de 2 verres de classe B et d'une monture de classe A

Dans ce cas, la monture de classe A est remboursée à hauteur des prix limites de vente définis par la réglementation.

Si la garantie « Verres de classe B » est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières, les verres sont remboursés à hauteur du forfait prévu dans votre Grille optique selon votre correction visuelle.

Si la garantie « Forfait lunettes » est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières, ce forfait est réduit à concurrence du montant remboursé pour la monture de classe A. Les verres sont remboursés à hauteur de ce forfait réduit.

Limitations au remboursement des lunettes

Les lunettes sont prises en charge dans les conditions décrites ci-dessous.

Votre remboursement peut être différencié en fonction de la correction des verres.

Nous pouvons distinguer :

- les *verres simples* ;
- les *verres complexes* ;
- et les *verres très complexes* .

Si dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières, il est mentionné que la prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans, les conditions précises de cette limitation se trouvent ci-après (conformément à la *liste des produits et prestations remboursables (LPP)* par l' Assurance Maladie disponible sur ameli.fr).

Si vous présentez un déficit de vision de près et de loin et que vous ne souhaitez pas ou ne pouvez pas porter des verres progressifs ou multifocaux, nous prenons en charge 2 équipements sur une période de 2 ans, chaque équipement corrigeant un des 2 déficits mentionnés ci-dessus.

Dans ce cas il est nécessaire de nous fournir les prescriptions correspondantes avec une demande de remboursement des 2 équipements.

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus

Le renouvellement de la prise en charge d'une paire de lunettes est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière prise en charge d'une paire de lunettes.

Cette période de 2 ans peut être réduite à 1 an en cas d'évolution de la vue (dans les conditions prévues par la réglementation).

Dans ce cas il est nécessaire de nous fournir :

- la prescription initiale et la prescription renouvelée de votre ophtalmologue ;
- ou la prescription initiale de votre ophtalmologue avec les mentions portées par l'opticien si celui-ci a procédé lui-même à l'adaptation lors du renouvellement.

Pour les enfants de moins de 16 ans

Cette période minimale est de 1 an.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans

Cette période minimale est de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de facturation de la dernière paire de lunettes.

Lorsque l'enfant acquiert son équipement en 2 temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé s'apprécie à la date de facturation du dernier élément de l'équipement.

En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation, aucun délai minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières précisées dans la liste des produits et prestations remboursables (LPP).

Dans ce cas il est nécessaire de nous fournir les prescriptions correspondantes avec une demande de remboursement des 2 équipements.

Lentilles

La garantie Lentilles est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de vos Conditions particulières.

Nous prenons en charge les lentilles de contact dès lors qu'elles relèvent d'une prescription médicale même si l'Assurance Maladie ne les prend pas en charge.

Chirurgie réfractive

La garantie Chirurgie réfractive est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Nous prenons en charge les frais qui se rapportent à la chirurgie réfractive de l'œil, même si l'Assurance Maladie ne les prend pas en charge.

Le forfait en euros peut être utilisé aussi bien pour l'intervention en bloc opératoire que pour les consultations afférentes si elles ne sont pas prises en charge au titre de la garantie Soins courants.

Cette garantie prend en charge les implants intra-oculaires (intervention en bloc opératoire et implant) en alternative à l'opération au laser.

Exclusions

Le traitement de la cataracte n'est pas pris en charge au titre de cette garantie. Il est pris en charge au titre de la garantie Hospitalisation.

La pose d'un implant oculaire et les actes qui l'accompagnent ne sont pas pris en charge au titre de cette garantie s'ils ne sont pas réalisés en alternative à l'opération au laser.

4.5. Dentaire

3 paniers d'actes sont définis par la Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l' Assurance Maladie (arrêté du 23 août 2023) :

- le panier *100 % santé* (actes intégralement pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation) ;
- le panier à tarifs limités (actes avec des honoraires limites de facturation définis par la réglementation et un *reste à charge* maîtrisé) ;
- le panier à tarifs libres.

Les équipements du panier *100 % santé* sont les suivants :

- couronnes céramique-monolithiques non-zircones et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1re prémolaire) ;
- couronnes céramique-monolithiques zircones toute localisation ;
- couronnes métalliques toute localisation ;
- inlays-cores et couronnes transitoires ;
- bridges céramo-métalliques (incisives et canines), bridges full zircon et métalliques toute localisation, prothèses amovibles à base résine.

Soins

La garantie Soins est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Prothèses

La garantie Prothèses est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Nous prenons en charge au titre de cette garantie les prothèses dentaires du panier à tarifs limités et du panier à tarifs libres.

En fonction de votre formule, nous pouvons prendre en charge les *implants*, même si l' Assurance Maladie ne les prend pas en charge, si cela est indiqué dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Ce forfait ne peut pas prendre en charge la *parodontologie* non remboursée, sauf si vos Conditions particulières précisent expressément le contraire.

Si votre formule ne comprend pas la garantie Soins et prothèses « 100 % santé », les prothèses du panier *100 % santé* sont alors couvertes au titre de cette garantie avec un *reste à charge* variable selon votre formule.

Elles sont alors mentionnées dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières comme *« prothèses à prise en charge renforcée »*.

Les notions de « *prothèses à prise en charge renforcée* » et de « prothèses *100 % santé* » sont équivalentes dans vos documents contractuels, ainsi que les notions de « prothèses à tarifs limités » et de « prothèses à *tarifs maîtrisés* ».

Soins et prothèses « 100 % santé »

La garantie Soins et prothèses « 100 % santé » est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Nous prenons en charge au titre de cette garantie les soins et les prothèses dentaires du panier *100 % santé*.

Notre remboursement combiné à celui de l'Assurance Maladie couvre l'intégralité des honoraires limites de facturation définis par la réglementation.

Orthodontie

La garantie Orthodontie est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Par défaut, nous prenons en charge au titre de cette garantie l'orthodontie pour les *bénéficiaires* de moins de 16 ans, partiellement prise en charge par l' Assurance Maladie.

L'orthodontie pour les *bénéficiaires* de plus de 16 ans est prise en charge uniquement en formules 150 % Néo avec module Optique Dentaire, 200 % Néo et 400 % Tradi. Il est alors mentionné que « le forfait en Euro est utilisable pour l'orthodontie adulte même non remboursée par la Sécurité sociale » dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Notre prise en charge se fait par semestre de traitement.

4.6. Aides auditives

La réglementation *100 % santé* définit 2 classes d'appareils auditifs (arrêté du 24 juin 2022 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives) :

- une classe I *100 % santé* comprenant les aides auditives intégralement prises en charge dans la limite des prix limites de vente ;
- une classe II à tarifs libres.

Les aides auditives de classe II intègrent des options plus avancées que les aides auditives de classe I.

Dans tous les cas la prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans, conformément à la réglementation. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment, et court à compter de la date de facturation de l'appareil auditif.

La réglementation impose au fabricant une garantie minimale de 4 ans. Si vous souhaitez être couvert pour les cas de casse ou perte dans cette période de 4 ans, il convient de souscrire une assurance spécifique.

Équipements « 100 % santé »

La garantie Équipements « 100 % santé » est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Nous prenons en charge au titre de cette garantie les aides auditives de classe I *100 % santé*.

Aides auditives à tarifs libres / Aides auditives

La garantie Aides auditives à tarifs libres ou Aides auditives est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Nous prenons en charge au titre de cette garantie les aides auditives de classe II.

Si votre formule ne comprend pas la garantie Équipements "100 % santé" à la partie Aides auditives du tableau de garanties de vos Conditions particulières, les aides auditives de classe I *100 % santé* sont alors couvertes au titre de cette garantie, avec un *reste à charge* variable selon votre formule.

En aucun cas le remboursement total (y compris celui de l' Assurance Maladie) pour une aide auditive ne peut dépasser le plafond mentionné à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Accessoires

La garantie Accessoires est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Cette garantie couvre certains accessoires, matériel d'entretien et piles pour appareils auditifs.

Les accessoires visés sont listés dans la *liste des produits et prestations remboursables (LPP)* par l' Assurance Maladie - disponible sur ameli.fr/etablissement/exercice-professionnel/nomenclatures-codage/lpp - aux sections 4 à 7 du chapitre portant sur les aides auditives.

4.7. Cure thermale

La garantie Cure thermale est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Nous prenons en charge :

- le *forfait thermal* ;
- le *forfait de surveillance thermale* .

Si un forfait en euros est mentionné dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières au titre de la garantie Cure thermale, nous prenons en charge les *frais de séjour* et de transport à hauteur de ce forfait, même si l' Assurance Maladie ne les prend pas en charge. Dans ce cas, il est nécessaire de nous adresser les justificatifs relatifs à ces frais (originaux des factures et des titres de transport).

Les soins de la *cure thermale* à laquelle se rapportent ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement de l'Assurance Maladie.

4.8. Allocation de bienvenue

La garantie Allocation de bienvenue est acquise si elle est mentionnée et *valorisée* dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Seules certaines *anciennes formules* sont concernées par cette garantie.

Pour bénéficier de cette garantie vous devez assurer votre enfant sur le contrat dans les 2 mois qui suivent sa naissance.

Cette garantie est acquise en cas d'adoption.

Vous devez assurer votre enfant sur le contrat dans les 2 mois qui suivent l'adoption (notification par le tribunal judiciaire).

4.9. Quelle couverture à l'étranger ?

Nous prenons en charge les soins à l'*étranger* lorsque qu'ils sont eux-mêmes pris en charge par l'Assurance Maladie, sauf quand cela est spécifiquement marqué ci-après.

Dans tous les cas, nous ne prenons en charge que les actes reconnus comme remboursables selon les règles et pratiques de l'Assurance Maladie.

Les garanties, lorsqu'elles sont exprimées en pourcentage, sont toujours prises en charge sur la *base de remboursement* de l'Assurance Maladie.

Attention

En dehors de l'Union européenne, le remboursement que nous vous versons, et celui versé par l'Assurance Maladie, peuvent être très inférieurs aux coûts réellement engagés, y compris en cas d'urgence.

Aussi nous vous recommandons, dès que vous quittez l'Union européenne, et même pour un court séjour, de vérifier les garanties santé de vos assurances voyages et de prendre une assurance santé spécifique si celles-ci ne sont pas suffisantes pour la destination considérée.

Documents à fournir et taux de change applicable à l'étranger

Pour obtenir vos remboursements sur des soins à l'*étranger*, il est nécessaire de nous adresser le plus tôt possible les factures acquittées et détaillées au nom du *bénéficiaire* même si vous bénéficiez de la *télétransmission*.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et en euros.

Le taux de change applicable est le taux de change de la devise concernée au jour de la date de soin pour les autres pays.

Hospitalisation à l'étranger

Les *hospitalisations inopinées* à l'*étranger*, y compris en *ambulatoire*, sont prises en charge au taux des honoraires médicaux des médecins non *DPTAM* de la partie **Soins courants,** dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Cela peut couvrir totalement ou partiellement les *frais de séjour*, les honoraires paramédicaux et médicaux, la pharmacie hospitalière, le petit matériel, la chambre particulière, le lit d'accompagnement, le transport d'urgence pour aller à l'hôpital.

Pour les autres hospitalisations à l'*étranger*, remboursées par l'Assurance Maladie, nous prenons en charge le *ticket modérateur* s'il y a lieu.

Par dérogation, les soins prodigués dans le cadre des conventions de zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers sont pris en charge aux taux et aux conditions du contrat.

Soins courants à l'étranger

Dans les pays de l'Union européenne, nous prenons en charge :

- les honoraires médicaux, les analyses et examens de laboratoire, les honoraires paramédicaux, les médicaments et le matériel médical au taux du contrat sur la *base de remboursement* de l'Assurance Maladie, si ces garanties sont acquises dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières ;
- les médicaments prescrits et non remboursés par l'Assurance Maladie (mais autorisés selon la législation française) s'il y a un forfait prévu dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières et dans la limite de ce forfait ;
- les spécialités de *médecine douce* indiquées dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières et non remboursées par l'Assurance Maladie s'il y a un forfait prévu dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières et dans les limites de ce forfait ;
- les actes de préventions indiqués dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières non remboursés par l'Assurance Maladie s'il y a un forfait prévu dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières et dans les limites de ce forfait.

En dehors de l'Union européenne, nous prenons en charge les honoraires médicaux, les analyses et examens de laboratoire, les honoraires paramédicaux, les médicaments et le matériel médical :

- au taux du contrat s'il s'agit de *soins inopinés* ;
- au *ticket modérateur* uniquement pour les autres cas.

Transport sanitaire à l'étranger

Exclusions

Nous ne prenons pas en charge les transports sanitaires à l'*étranger* en dehors du transport d'urgence à l'hôpital, tel que décrit au paragraphe 4.1. « Hospitalisation ».

Optique à l'étranger

Les limitations liées aux durées de renouvellement des lunettes mentionnées au paragraphe 4.4. « Optique » sont également appliquées pour les lunettes achetées à l'*étranger*.

Dans tous les cas, un achat de lunettes nécessite une prescription médicale.

Dans l'Union européenne, nous prenons en charge :

- les lunettes aux conditions des lunettes à tarifs libres et aux conditions « hors réseau Itelis » si cette distinction est indiquée dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières ;
- les lentilles prescrites, même non remboursées par l'Assurance Maladie, s'il y a un forfait prévu dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières et dans les limites de ce forfait ;
- la chirurgie réfractive non remboursée par l'Assurance Maladie s'il y a un forfait prévu dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières et dans les limites de ce forfait.

En dehors de l'Union européenne, nous prenons en charge le *ticket modérateur* s'il y a lieu.

En cas d'achat sur Internet, c'est l'adresse du vendeur qui est utilisée pour définir si l'achat est réalisé dans l'Union européenne ou en dehors (en l'absence de toute précision, l'achat sera considéré comme ayant été effectué en dehors de l'Union européenne).

Dentaire à l'étranger

Dans l'Union européenne, nous prenons en charge :

- les consultations, soins courants (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et *parodontologie* au taux du contrat sur la *base de remboursement* de l'Assurance Maladie, si ces garanties sont acquises dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières ;
- les prothèses dentaires, inlays-onlays d'obturation et la *parodontologie* aux conditions du contrat sur la *base de remboursement* de l'Assurance Maladie, si ces garanties sont acquises dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières (en aucun cas le remboursement des prothèses dentaires à l'*étranger* n'est effectué au titre et aux conditions de la garantie Soins et prothèses « 100 % santé ») ;
- **au bout de 2 années révolues d'ancienneté au contrat,** les *implants* conformes à la réglementation française, s'il y a un forfait prévu dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières et dans la limite et aux conditions de ce forfait même lorsqu'ils ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie ;
- l'orthodontie conforme à la réglementation française aux conditions du contrat s'il y a un forfait prévu dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières et dans les limites de ce forfait.

En dehors de l'Union européenne, nous prenons en charge le *ticket modérateur* s'il y a lieu.

Aides auditives à l'étranger

Les limitations liées aux durées de renouvellement des aides auditives, mentionnées au paragraphe 4.6. « Aides auditives », sont également appliquées pour les aides auditives achetées à l'*étranger*.

Dans l'Union européenne, nous prenons en charge, si une garantie d'aides auditives est acquise dans vos Conditions particulières :

- les aides auditives conformes à la réglementation française, aux conditions des aides auditives à tarifs libres ;
- les accessoires, matériel d'entretien et piles pour appareils auditifs au titre et aux conditions de la garantie

Accessoires dans les Aides auditives de votre contrat.

En dehors de l'Union européenne, nous prenons en charge le *ticket modérateur* s'il y a lieu.

En cas d'achat sur Internet, c'est l'adresse du vendeur qui est utilisée pour définir si l'achat est réalisé dans l'Union européenne ou en dehors (en l'absence de toute précision, l'achat sera considéré comme ayant été effectué en dehors de l'Union européenne).

Cure thermale à l'étranger

Exclusions

Nous ne prenons pas en charge les *cures thermales* à l'*étranger*.

4.10. Options Suisse

L'option Suisse s'adresse à des résidents français, relevant de l'Assurance Maladie, souhaitant se faire soigner régulièrement en Suisse.

Elle permet de percevoir des remboursements adaptés en fonction de la prise en charge ou non de ces soins par l'Assurance Maladie.

L'option Suisse ne peut être souscrite que par les personnes ayant leur résidence principale dans l'un de ces départements français :

- Ain (01) ;
- Doubs (25) ;
- Jura (39) ;
- Haut-Rhin (68) ;
- Haute-Savoie (74) ;
- et Territoire de Belfort (90).

L'option Suisse est soumise à un Questionnaire Médical.

À la suite de l'analyse de vos réponses au Questionnaire Médical, nous pouvons vous demander des renseignements complémentaires.

Documents à fournir et taux de change applicable en Suisse

Pour obtenir vos remboursements sur des soins en Suisse, il est nécessaire de nous adresser le plus tôt possible les factures acquittées et détaillées au nom du *bénéficiaire* même si vous bénéficiez de la *télétransmission*.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et en euros.

Le taux de change applicable est le taux de change moyen du franc suisse dans le mois civil qui précède la date des soins en Suisse.

Exclusions communes aux options Suisse

Exclusions

En complément des exclusions et des limitations communes citées aux paragraphes 5.1. « Quelles sont les exclusions communes à toutes les garanties ? » et 5.2. « Quelles sont les limitations communes à toutes les garanties ? », nous ne prenons pas en charge pour les options Suisse :

- **les prestations qui ne sont pas remboursables au regard de la réglementation française ;**
- **la chirurgie maxillo-faciale, si elle n'est pas consécutive à un accident ou à une pathologie chronique documentée ;**
- **les frais médicaux consécutifs :**
  - **à une faute intentionnelle d'un *bénéficiaire*,**
  - **à l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par le Code de la route en vigueur en France),**
  - **à l'usage de médicaments ou de drogues non prescrits médicalement,**
  - **à la pratique des sports suivants par le *bénéficiaire* : sports de combat en compétition, sports aéronautiques, sports mécaniques en compétition,**
  - **à une guerre civile ou étrangère,**
  - **à la participation du *bénéficiaire* à des grèves, à des émeutes ou mouvement populaire,**
  - **à une désintégration ou la fusion du noyau atomique ;**
- **les séjours :**
  - **en centres spécialisés (repos, convalescence),**
  - **en établissement de réadaptation ou rééducation professionnelle,**
  - **en établissement de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies,**
  - **en maisons d'enfants à caractère sanitaire,**
  - **en institut médico-pédagogiques et médico-psychopédagogiques.**

À ces exclusions communes, s'ajoutent les exclusions particulières figurant au niveau de chaque garantie.

Option Hospitalisation en Suisse

Cette option est acquise si HospiSuisse est mentionné dans vos Conditions particulières.

Depuis le 9 septembre 2019, elle n'est plus disponible à la souscription indépendamment de l'option Soins en Suisse.

Cette option s'applique aux hospitalisations en Suisse en remplacement de la garantie Hospitalisation standard. Elle s'applique aux hospitalisations incluant un séjour d'au moins une nuit. Elle ne s'applique que dans les établissements hospitaliers inscrits sur les listes hospitalières cantonales.

En cas d'hospitalisation dans un hôpital cantonal ou dans un établissement tarifant ses prestations selon les règles de la *SwissDRG*, nous prenons en charge vos frais d'hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale à hauteur de 100 % du tarif *SwissDRG*, en division commune.

En cas d'hospitalisation dans un *établissement de santé* ne tarifant pas ses prestations selon les règles de la *SwissDRG*, nous prenons en charge vos frais d'hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale à hauteur d'un forfait indiqué dans vos Conditions particulières.

Exclusions

Les hospitalisations *ambulatoires* ne sont pas prises en charge au titre de cette option.

Nous prenons en charge les *frais pré et post-opératoires* liés à une opération elle-même prise en charge. Notre remboursement est établi comme suit pour les hospitalisations :

- soit en complément de l'Assurance Maladie, si celle-ci intervient (en particulier sur toutes les hospitalisations d'urgence), sur réception du décompte de l'Assurance Maladie ou sur présentation de la facture originale de l'hôpital indiquant votre *reste à charge* ;
- soit au 1er euro, sur présentation du refus de prise en charge de l'Assurance Maladie, si celle-ci a estimé qu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité peut être obtenu en temps opportun en France (la prestation doit toutefois être remboursable au regard de la réglementation française).

Le remboursement des *frais pré et post-opératoires* suit le mode de remboursement des frais de l'hospitalisation correspondante :

- soit en complément de l'Assurance Maladie ;
- soit au 1er euro.

Les *frais pré-opératoires* sont remboursés après l'hospitalisation, sauf en cas d'accord préalable de prise en charge de l'hospitalisation par *tiers payant*.

Nous prenons en charge les frais de transport d'urgence liés à votre hospitalisation. Nous vous remboursons à concurrence d'un plafond indiqué dans vos Conditions particulières.

Nous prenons en charge les frais de lit d'accompagnement à hauteur d'un forfait indiqué dans vos Conditions particulières.

Limites applicables à l'option Hospitalisation en Suisse

Le total annuel par personne de nos remboursements au titre de cette option ne peut dépasser la limite indiquée dans vos Conditions particulières. Une fois cette limite atteinte, les soins remboursés par l'Assurance Maladie sont pris en charge à hauteur du *ticket modérateur* s'il y a lieu.

L'option Hospitalisation en Suisse est acquise :

- sans *délai d'attente* en cas d'accident ou en cas de reprise de contrat à la concurrence (dans le cas d'une reprise de contrat à la concurrence, les conditions de votre ancien contrat sont appliquées sans pouvoir dépasser les limites indiquées dans vos Conditions particulières) ;
- après un *délai d'attente* de 3 mois à compter de la date d'effet du contrat sinon (toutefois ce *délai d'attente* ne s'applique pas pour l'enfant nouveau-né s'il est inscrit au contrat dans les 2 mois suivant sa naissance et si l'un des parents est assuré depuis plus de 3 mois) ;
- après un *délai d'attente* de 12 mois pour les hospitalisations de psychiatrie.

Option Hospitalisation en Suisse et Soins en Suisse

Cette option est acquise si HospiSuisse + SoinSuisse est mentionné dans vos Conditions particulières.

Cette option inclut :

- l'option Hospitalisation en Suisse telle que décrite ci-avant ;
- la prise en charge de soins de médecine et de pharmacie en Suisse dès lors qu'ils sont reconnus comme remboursables selon les règles et pratiques de l'Assurance Maladie ;
- la prise en charge de frais dentaires, optiques et appareillages en Suisse dès lors qu'ils sont reconnus comme remboursables selon les règles et pratiques de l'Assurance Maladie.

Médecine en Suisse et Médicaments en Suisse

Nous prenons en charge les prestations suivantes qu'elles soient réalisées en cabinet ou en hospitalisation *ambulatoire*, dès lors qu'elles sont reconnues comme remboursables selon les règles et pratiques de l'Assurance Maladie :

- vos frais de consultations, de visites et d'actes de médecins (si conforme au Code de déontologie médical français) ;
- vos frais d'auxiliaires médicaux prescrits par un médecin ;
- vos dépenses relatives aux examens médicaux dans les laboratoires médicaux et les cabinets de radiologie prescrits par un médecin ;
- vos dépenses de médicaments et vaccins (si remboursables en France), prescrits par un médecin.

Notre remboursement pour ces prestations est alors établi comme suit sur la base des tarifs de convention de la *LAMal* :

- en complément de l'Assurance Maladie, si elle intervient, sur réception du décompte de l'Assurance Maladie et sur présentation d'une copie de la facture détaillant votre *reste à charge* ;
- au 1er euro, si l'Assurance Maladie n'intervient pas, sur présentation de l'original de la facture détaillée.

Il est aussi nécessaire de nous fournir la prescription du médecin en cas de demande de remboursement de médicaments, vaccins, prestations d'auxiliaires médicaux et examens médicaux.

Appareillage en Suisse

Nous prenons en charge les appareils prescrits et inscrits sur la liste des moyens et appareils (LiMA) **à l'exclusion des aides acoustiques et des aides visuelles** et dans les limites des plafonds indiqués dans vos Conditions particulières. Les limitations indiquées dans la LiMA sont appliquées (par exemple : fréquence de remboursement, type d'affection, etc.).

Exclusions

Pour les prothèses mammaires nous appliquons aussi les exclusions et les limitations, définies pour la chirurgie esthétique au paragraphe 5.2. « Quelles sont les limitations communes à toutes les garanties ? ».

Notre remboursement pour ces prestations est alors établi comme suit sur la base des tarifs de convention de la *LAMal* :

- en complément de l'Assurance Maladie, si elle intervient, sur réception du décompte de l'Assurance Maladie et sur présentation d'une copie de la facture détaillant votre *reste à charge* ;
- au 1er euro, si l'Assurance Maladie n'intervient pas, sur présentation de l'original de la facture détaillée et acquittée et au nom du *bénéficiaire*.

Il est aussi nécessaire de nous fournir la prescription du médecin ou du praticien autorisé en cas de demande de remboursement d'appareillage.

Optique, dentaire et audition en Suisse

Nous prenons en charge les mêmes prestations qu'en France et selon les lignes du tableau de la formule Ma Santé hors option Suisse inclus dans vos Conditions particulières, hormis pour les garanties dites « 100 % santé ».

Notre remboursement pour ces prestations est alors établi comme suit sur les bases de remboursement de l'Assurance Maladie :

- en complément de l'Assurance Maladie, si elle intervient, sur réception du décompte de l'Assurance Maladie et sur présentation d'une copie de la facture détaillant votre *reste à charge* ;
- au 1er euro, si l'Assurance Maladie n'intervient pas, sur présentation de l'original de la facture détaillée.

Vous devez nous fournir la prescription du médecin en cas de demande de remboursement de lunettes, de lentilles de contacts ou d'appareil auditif.

Les montants en euros des garanties Optique-Dentaire sont communs aux prestations réalisées en France et aux prestations réalisées en Suisse. Une prestation réalisée en Suisse se fait donc au détriment d'une éventuelle prestation réalisée en France.

Limites applicables à l'option Hospitalisation en Suisse et Soins en Suisse

Les garanties d'hospitalisation sont acquises :

- sans *délai d'attente* en cas d'accident ou en cas de reprise de contrat à la concurrence (dans le cas d'une reprise de contrat à la concurrence, les conditions de votre ancien contrat sont appliquées sans pouvoir dépasser les limites indiquées dans vos Conditions particulières) ;

- après un *délai d'attente* de 3 mois à compter de la date d'effet du contrat sinon (toutefois ce *délai d'attente* ne s'applique pas pour l'enfant nouveau-né s'il est inscrit au contrat dans les 2 mois suivant sa naissance et si l'un des parents est assuré depuis plus de 3 mois) ;
- après un *délai d'attente* de 12 mois pour les hospitalisations de psychiatrie.

Le total annuel par personne de nos remboursements au titre de la garantie Hospitalisation en Suisse ne peut dépasser la limite hospitalière indiquée dans vos Conditions particulières.

Le total annuel par personne de nos remboursements au titre des garanties Médecine en Suisse, des Médicaments en Suisse, des Appareillages en Suisse et de l'Optique, du Dentaire et de l'Audition en Suisse ne peut dépasser la limite soins indiquée dans vos Conditions particulières.

Une fois ces limites atteintes, les soins remboursés par l'Assurance Maladie sont pris en charge à hauteur du *ticket modérateur* s'il y a lieu.

Les limites hospitalière et soins sont indépendantes : l'atteinte de la limite hospitalière ne peut être compensée par la non-atteinte de la limite soins et vice-versa.

Sommaire p.4 Définitions p.69

5. Ce qui n'est pas pris en charge par vos garanties frais de santé

5.1 Quelles sont les exclusions communes à toutes les garanties ?

Exclusions

Nous ne prenons pas en charge, quelle que soit la formule choisie :

- **les soins antérieurs à la date d'effet du contrat ;**
- **les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de l'Assurance Maladie ;**
- **les frais pour lesquels vous n'avez pas fourni les justificatifs demandés (si le seul relevé de remboursement de votre *régime obligatoire* ne suffit pas, vous devrez nous fournir des justificatifs complémentaires : facture, prescription, note d'honoraires) ;**
- **la *participation forfaitaire* sur les consultations médicales, les examens de radiologie et les analyses médicales ;**
- **les *franchises* sur boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport sanitaire ;**
- **les pénalités appliquées par l'Assurance Maladie pour non-respect du *parcours de soins* : majoration du *ticket modérateur* c'est-à-dire des frais non pris en charge par l'Assurance Maladie, augmentation autorisée des tarifs conventionnels ;**
- **la minoration appliquée sur les frais de transport sanitaire par l'Assurance Maladie après refus d'un transport partagé ;**
- **les dépassements des plafonds des soins et équipements *100% santé* (prix limites de ventes ou honoraires limites de facturation) en matériel médical, optique, aide auditive et dentaire, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels ;**
- **les soins et les prestations associés à une discipline médico tarifaire (DMT) relative à une hospitalisation de longue durée dès le premier jour. Par exemple, le code DMT 176 correspondant à un « long séjour pour personnes ayant perdu leur autonomie de vie » n'est pas pris en charge ;**
- **les soins et les prestations relatifs à une hospitalisation de plus de 1 an en continu ou discontinu pour la même pathologie ;**
- **les soins et les prestations réalisés par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).**

À ces exclusions communes, s'ajoutent les exclusions particulières figurant au niveau de chaque garantie.

Par ailleurs, dans le cadre de la prescription, nous ne prenons pas en charge les soins ayant eu lieu 2 ans avant la demande de prise en charge (voir paragraphe 7.5. « Prescription - Période au-delà de laquelle aucune demande n'est plus recevable »).

5.2. Quelles sont les limitations communes à toutes les garanties ?

Chirurgie esthétique

Exclusions

La règle générale est que l'Assurance Maladie n'intervient pas en cas de chirurgie esthétique, qu'elle soit réalisée en ville ou à l'hôpital.

Comme pour les autres prestations, nous ne prenons pas en charge la chirurgie esthétique non remboursée par l'Assurance Maladie.

Mais si l'Assurance Maladie intervient, notre prise en charge est limitée au *ticket modérateur* en cas d'opérations :

- du sein, si elle n'est pas consécutive à un accident, à une pathologie dégénérative ou à une *réduction mammaire importante* ;
- du nez, si elle n'est pas consécutive à un accident ou à une pathologie chronique documentée ;
- d'abdominoplastie, si elle n'est pas consécutive à un accident ou à une perte de poids documentée ayant provoqué une baisse d'*indice de masse corporelle (IMC)* de plus de 10 points ;
- de toute autre partie du corps, si l'opération n'est pas consécutive à un accident ou à une maladie.

Pour bénéficier du remboursement, vous devez nous fournir toutes les pièces demandées par notre Médecin Conseil, pour lui permettre d'évaluer les opérations et leur prise en charge.

Psychiatrie

Nous prenons en charge la psychiatrie et la neuropsychiatrie aux taux indiqués dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières jusqu'à la 6e consultation par *bénéficiaire* et par *année d'assurance*.

Au-delà nous ne prenons en charge que le *ticket modérateur*.

Cette limitation s'applique pour les consultations, visites et actes en ville comme à l'hôpital.

Plus de détails aux paragraphes 4.1. « Hospitalisation » p. 25 et 4.2. « Soins courants » p. 28.

Sommaire p.4 Définitions p.69



6. Les garanties d'assistance

Les prestations des garanties décrites dans ce chapitre sont réalisées par l'Assistance AXA.

Le numéro de téléphone à appeler est le 36 33 depuis la *France*, coût d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'*étranger*).

Territorialité : les garanties d'assistance de ce chapitre s'exercent en *France* sauf mention explicite contraire.

6.1. Aide-ménagère

À la suite d'une *hospitalisation*, nous prenons en charge les services d'une aide-ménagère sélectionnée par l'Assistance AXA, qui accomplira les tâches quotidiennes que vous ne pouvez pas effectuer du fait de votre état physique.

Seules les équipes de l'Assistance AXA sont habilitées à fixer la durée de présence de l'aide-ménagère après évaluation de la situation médicale et personnelle du *bénéficiaire* pour déterminer son besoin.

Cette garantie est limitée à 40 heures par *bénéficiaire* et par *année d'assurance*, avec un minimum de 2 heures consécutives par jour.

Elle peut être utilisée :

- pour une *hospitalisation* de plus de 24 heures ;
- pour une *hospitalisation* de moins de 24 heures incluant une opération chirurgicale de la hanche, du bras, de la jambe, du pied ou de la main entraînant une invalidité temporaire ;
- en cas de traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie.

Pour les *hospitalisations*, cette garantie est limitée à une seule intervention par *bénéficiaire* et par *année d'assurance* effectuée dans les 30 jours suivant la sortie d'*hospitalisation*.

Pour les séances de chimiothérapie ou de radiothérapie, 2 heures vous sont accordées pour chaque séance.

Comment bénéficier de ces prestations ?

- contacter l'Assistance AXA au 36 33 depuis la *France*, coût d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'*étranger*) ;
- obtenir l'accord de l'Assistance AXA avant d'engager toute dépense ;
- formuler votre demande au plus tard dans les 15 jours qui suivent votre retour de l'hôpital.

6.2. Garde-malade

Dès le retour à votre *domicile* et pendant les 30 jours qui suivent, nous recherchons et prenons en charge les services d'un garde-malade, **aussi appelé « auxiliaire de vie »,** si votre état le justifie, pour vous accompagner à la **préparation de repas, aide à la toilette...**

Seules les équipes de l'Assistance AXA sont habilitées à fixer la durée de présence du garde-malade, après évaluation de la situation médicale et personnelle du *bénéficiaire* pour déterminer son besoin.

Cette garantie vous est acquise dans la limite de 40 heures, avec un minimum de 4 heures consécutives par jour.

Elle est limitée aux *hospitalisations* de plus de 24 heures et à une seule intervention par *bénéficiaire* et par *année d'assurance*.

Comment bénéficier de ces prestations ?

- contacter l'Assistance AXA au 36 33 depuis la *France*, coût d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'*étranger*) ;
- obtenir l'accord de l'Assistance AXA avant d'engager toute dépense ;
- formuler votre demande au plus tard dans les 15 jours qui suivent votre retour de l'hôpital.

6.3. Garde-enfants

Si vous êtes hospitalisés et que personne ne peut assurer la garde de vos enfants, nous organisons et prenons en charge (sans cumul possible de prises en charge) :

- soit l'acheminement d'une *personne de confiance* au *domicile* du *bénéficiaire* ;
- soit l'acheminement des enfants au *domicile* d'une *personne de confiance* ;
- soit la garde des enfants par du personnel qualifié au *domicile* du *bénéficiaire*, **pendant 40 heures maximum,** dans les 5 jours suivant le début d'*hospitalisation* avec un minimum de 2 heures consécutives.

En cas de garde des enfants, la personne assurera également leur accompagnement à l'école en fonction de l'âge des enfants.

En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'*hospitalisation* .

En cas d'acheminement d'une *personne de confiance* ou des enfants, nous prenons en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion de ligne classe économique ou en train 1re classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez une *personne de confiance* par le personnel qualifié.

L'Assistance AXA intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des événements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

Cette garantie est limitée aux *hospitalisations* de plus de 24 heures et à une seule intervention par *année d'assurance*.

L'*hospitalisation* doit être prise en charge par ce contrat au titre des garanties frais de santé. Au-delà d'une intervention par an, l'Assistance AXA peut vous communiquer les coordonnées de personnel qualifié, le coût de la prestation restant alors à la charge du *bénéficiaire* et directement payable auprès du prestataire choisi.

Comment bénéficier de cette prestation ?

- contacter l'Assistance AXA au 36 33 depuis la *France*, coût d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'*étranger*) ;
- obtenir l'accord de l'Assistance AXA avant d'engager toute dépense.

6.4. Garde et transfert des animaux domestiques

Si vous êtes hospitalisés et que vos *animaux domestiques* (chiens et chats) ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, nous organisons et prenons en charge **dans un rayon de 50 km du *domicile* du *bénéficiaire*** (sans cumul possible de prises en charge) :

- soit le transfert et la garde des *animaux domestiques* (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du *domicile* (les frais de pension sont pris en charge à concurrence de 250 € par événement et pour l'ensemble des *animaux domestiques*) ;
- soit le transfert des *animaux domestiques* (maximum 2) au *domicile* d'une *personne de confiance*.

Cette garantie est limitée aux *hospitalisations* de plus de 24 heures et à une seule intervention par *année d'assurance*.

L'*hospitalisation* doit être prise en charge par ce contrat au titre des garanties frais de santé.

Comment bénéficier de cette prestation ?

- contacter l'Assistance AXA au 36 33 depuis la *France*, coût d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'*étranger*) ;
- obtenir l'accord de l'Assistance AXA avant d'engager toute dépense.

6.5. Soutien scolaire

Cette garantie s'applique aux enfants *bénéficiaires* au contrat.

Lorsque l'état de santé de votre enfant nécessite, sur prescription médicale, une immobilisation au *domicile* ou une *hospitalisation* qui entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, nous recherchons et prenons en charge un ou plusieurs répétiteurs.

Ceux-ci dispensent à l'enfant des cours, en *France* métropolitaine, à votre *domicile* ou à l'hôpital dans les matières principales, **dans la limite de 15 heures par semaine, hors jours fériés et vacances scolaires.**

La garantie est accordée jusqu'en classe de terminale, **au maximum pour 12 semaines par année scolaire et par enfant.**

Seules les prestations organisées par ou en accord avec l'Assistance AXA sont prises en charge au titre de votre contrat.

Comment bénéficier de cette prestation ?

- contacter l'Assistance AXA au 36 33 depuis la *France*, coût d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'*étranger*) ;
- obtenir l'accord de l'Assistance AXA avant d'engager toute dépense.

6.6. Garde de personne dépendante

La garantie Garde de personne dépendante est acquise s'il en est fait mention à la partie « Assistance » du tableau de garanties de vos Conditions particulières.

En tant qu'*aidant* d'une personne en *état de dépendance totale*, si vous êtes hospitalisés plus de 24 heures, sans pouvoir tenir votre rôle habituel auprès de cette personne, nous organisons et prenons en charge (sans cumul possible de prises en charge) :

- soit l'acheminement d'une *personne de confiance* à votre *domicile* ;
- soit l'acheminement de la *personne dépendante* au *domicile* d'une *personne de confiance* ;
- soit la garde de la *personne dépendante* par du personnel qualifié à votre *domicile*, **dans la limite de 20 heures maximum** avec un minimum de 2 heures consécutives par jour (au-delà de ce plafond de garanties, l'Assistance AXA peut vous communiquer les coordonnées de personnes qualifiées ; **le coût de la prestation restant alors à votre charge et étant directement payable auprès du prestataire choisi).**

Dans tous les cas notre prise en charge ne peut dépasser en valeur la somme de cinq cents euros TTC (500 €) par utilisation du service.

Nous prenons en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1re classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des personnes dépendantes au *domicile* d'une *personne de confiance* par du personnel qualifié.

Le choix final des moyens de transport utilisés relève exclusivement de la décision de l'Assistance AXA.

En cas d'utilisation du service, le Médecin Conseil de l'Assistance AXA peut mettre en œuvre un contrôle médical afin de constater la réalité de l'*état de dépendance totale* du *bénéficiaire*.

Comment bénéficier de cette prestation ?

- contacter l'Assistance AXA au 36 33 depuis la *France*, coût d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'*étranger*) avant d'engager toute dépense ;
- **si la *personne dépendante* a plus de 60 ans,** faire parvenir à l'Assistance AXA la copie du document attestant de la perception de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) par son parent ou conjoint et sur lequel doit figurer la classification *groupes iso-ressources (GIR)* ;
- **si la *personne dépendante* a moins de 60 ans,** faire parvenir à l'Assistance AXA la copie du document attestant :
  - qu'elle est classée par l'Assurance Maladie en invalidité de 3e catégorie,
  - ou qu'elle est bénéficiaire, au titre de la législation sur les accidents du travail, d'une majoration pour tierce personne,
  - ou qu'elle est bénéficiaire de l'allocation pour adulte handicapé (AAH) compte tenu d'un taux d'incapacité permanente de 100 % ;
- **si la *personne dépendante* est votre père, mère, fils ou fille,** faire parvenir à l'Assistance AXA un extrait d'acte de naissance permettant de justifier votre lien de filiation ;
- **si la *personne dépendante* est votre conjoint,** faire parvenir à l'Assistance AXA un certificat de mariage, de PACS ou de concubinage permettant de justifier votre lien.

6.7. Garanties spécifiques aux anciennes formules

Orientation hospitalière

La garantie Orientation hospitalière est acquise s'il en est fait mention à la partie « Assistance » du tableau de garanties de vos Conditions particulières.

En fonction du lieu de votre *domicile*, du type de pathologie et de critères de qualité officiels des établissements publics ou privés, les professionnels de santé de l'Assistance AXA vous communiquent une liste comportant au moins3 établissements correspondants à vos besoins (Établissement en *France* uniquement).

Comment bénéficier de cette prestation ?

Contacter l'Assistance AXA au 36 33 depuis la *France*, coût d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'*étranger*).

Conseil à l'aménagement d'habitat

La garantie Conseil à l'aménagement d'habitat est acquise s'il en est fait mention à la partie « Assistance » du tableau de garanties de vos Conditions particulières.

En cas de perte définitive d'une partie de votre mobilité nous mettons à votre disposition un service de conseil téléphonique sur l'aménagement de l'habitat et nous pouvons vous orienter vers des professionnels pour intervention à votre *domicile*.

Les frais de déplacement et interventions des professionnels restent à votre charge.

Comment bénéficier de cette prestation ?

Contacter l'Assistance AXA au 36 33 depuis la *France*, coût d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'*étranger*).

Recherche de prestataires

La garantie Recherche de prestataires est acquise s'il en est fait mention à la partie « Assistance » du tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Livraison de courses ou de médicaments et soins de pédicures ou de kinésithérapie

En sortie d'*hospitalisation*, nous vous mettons en relation :

- avec des prestataires assurant la livraison de courses à votre *domicile*, le portage de médicaments (sous réserve des disponibilités locales) ;
- avec des pédicures-podologues et des kinésithérapeutes.

Les frais de déplacements et honoraires de personnel restent à votre charge.

Ces prestations sont limitées aux *hospitalisations* de plus de 24 heures et à une seule intervention par *bénéficiaire* et par *année d'assurance*.

Comment bénéficier de cette prestation ?

- contacter l'Assistance AXA au 36 33 depuis la *France*, coût d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'*étranger*) ;
- **formuler votre demande au plus tard dans les 8 jours qui suivent votre retour de l'hôpital.**

Aide à la recherche de personnel de remplacement

En tant que *travailleur non-salarié*, si une maladie ou *hospitalisation* ne vous permet pas d'assurer la continuité de votre activité professionnelle, nous vous aidons dans la recherche de personnel de remplacement.

Le coût résultant de la mise en œuvre de ce service reste à votre charge.

Comment bénéficier de cette prestation ?

Contacter l'Assistance AXA au 36 33 depuis la *France*, coût d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'*étranger*).

Rapatriement sanitaire – Retour des proches

Les garanties Rapatriement sanitaire et Retour de proches sont acquises s'il est fait mention de « Rapatriement » à la partie « Assistance » de vos Conditions particulières.

Elles sont acquises à plus de 30 km du *domicile* principal du *bénéficiaire* et pour le monde entier.

Ces garanties ne sont pas acquises pour les séjours et voyages supérieurs à 90 (quatre-vingt-dix) jours consécutifs hors *France* métropolitaine et Monaco.

Rapatriement sanitaire

Cette prestation d'assistance est destinée aux personnes *bénéficiaires* au contrat.

En cas de maladie imprévisible ou d'accident corporel survenant à un *bénéficiaire* du contrat, l'*équipe médicale* se met, le cas échéant, en rapport avec le *médecin traitant* sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état du malade ou du blessé.

Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est à la charge des autorités locales.

Les frais correspondants ne sont pas remboursés par l'Assistance AXA.

Si l'*équipe médicale* décide du transport du *bénéficiaire* vers une autre *structure médicale* mieux équipée ou plus spécialisée ou vers la *structure médicale* la plus proche du *domicile* en *France* métropolitaine, l'Assistance AXA organise et prend en charge l'évacuation si l'état médical du *bénéficiaire* le permet et selon la gravité du cas, par :

- train 1re classe, couchette ou wagon-lit ;
- véhicule sanitaire léger ;
- ambulance ;
- avion de ligne régulière (classe économique) ;
- avion sanitaire.

Si le contexte médical l'impose, après rapatriement, l'Assistance AXA organise et prend en charge le transport médicalisé du *bénéficiaire* en état de quitter la *structure médicale* se trouvant en dehors de son secteur hospitalier jusqu'à son *domicile* en *France* métropolitaine, et ce par les moyens les plus appropriés selon la décision de l'*équipe médicale*.

La décision du transport et des moyens à mettre en œuvre est prise par les médecins de l'*équipe médicale* en fonction des seuls impératifs techniques et médicaux. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable de l'intéressé ou d'une personne de sa famille, exception faite des états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Tout refus de la solution proposée par l'*équipe médicale* en collaboration avec les différents médecins concertés entraîne l'annulation de cette prestation.

En cas de rapatriement ou de transport, l'Assistance AXA peut demander au *bénéficiaire* d'utiliser son *titre de transport* si ce dernier peut être modifié. Dans le cas contraire, et lorsque l'Assistance AXA a pris en charge le retour, le *bénéficiaire* doit impérativement lui remettre le remboursement du *titre de transport* non utilisé qu'il devra obtenir dans un délai de 2 mois.

Néanmoins, le *bénéficiaire* peut demander à l'Assistance AXA d'organiser le rapatriement et les frais engagés sont alors supportés par lui.

Seule l'*équipe médicale* peut accepter ou non le rapatriement.

Comment bénéficier de cette prestation ?

- faire le nécessaire avant votre départ à l'*étranger* et vous munir de la carte européenne d'Assurance Maladie ou de tout autre formulaire offrant des garanties similaires (ces documents sont délivrés par les caisses d'assurance maladie des *bénéficiaires*) ;
- contacter l'Assistance AXA au 36 33 depuis la *France*, coût d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'*étranger*) ;
- et obtenir l'accord de l'*équipe médicale* avant d'engager toute dépense.

Retour des proches

Lorsqu'une personne assurée au contrat est prise en charge par l'Assistance AXA, dans les conditions définies au paragraphe « Rapatriement sanitaire », l'Assistance AXA organise et prend en charge le retour par train 1re classe ou avion (classe économique) d'un ou plusieurs *proches* accompagnant le rapatrié, même si ces derniers ne sont pas *bénéficiaires* au contrat.

Si besoin, l'Assistance AXA organise et prend en charge le retour des *animaux domestiques* (chiens et chats) accompagnant le rapatrié.

En cas de rapatriement ou de transport, l'Assistance AXA peut demander aux *bénéficiaires* de cette prestation d'utiliser leur *titre de transport* si ce dernier peut être modifié.

Dans le cas contraire, et lorsque l'Assistance AXA a pris en charge le retour, ces *bénéficiaires* doivent impérativement lui remettre le remboursement du *titre de transport* non utilisé qu'ils devront obtenir dans un délai de 2 mois.

Comment bénéficier de cette prestation ?

Demander le retour des *proches* à l'occasion des appels à l'Assistance AXA passés pour organiser le rapatriement sanitaire de la personne *bénéficiaire* au contrat.

Exclusions aux garanties Rapatriement sanitaire et Retour des proches

Exclusions

Ne sont pas pris en charge dans cette prestation :

- **les frais de restauration ;**
- **les frais de carburant, péage, traversée en bateau ;**
- **les frais de taxis sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable de l'Assistance AXA ;**
- **les frais de transport, d'hébergements initialement prévus pour le séjour ;**
- **le coût des communications téléphoniques, exceptées celles réalisées dans le cadre de la mise en place des garanties d'assistance de ce contrat ;**
- **les frais de douane sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable du service assistance ;**
- **les frais relatifs à la perte ou au vol de titres de transport, papiers d'identité, papiers divers et bagages ;**
- **les dommages provoqués intentionnellement par les *bénéficiaires* ;**
- **les accidents liés à la participation à des compétitions sportives et à leurs essais ;**
- **les frais de recherche en mer et en montagne.**

Ne donnent pas lieu à l'intervention de l'Assistance AXA :

- **les affections bénignes traitables sur place ;**
- **toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages, à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier ;**
- **les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une *hospitalisation* dans les six (6) mois avant la date de demande d'assistance ;**
- **les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;**
- **les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique ;**
- **les frais médicaux, les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation ;**
- **les contrôles et/ou traitements d'une affection qui ont été programmés avant le départ du *domicile* sur le lieu du séjour ;**
- **les examens au titre d'un dépistage (prévention, check-up, amniocentèses) ;**
- **les interruptions volontaires de grossesse ;**
- **les affections psychiatriques, les syndromes dépressifs et leurs conséquences.**

De plus, ne pourront donner lieu à l'intervention de l'Assistance AXA, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit toutes conséquences :

- **de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur) ;**
- **de l'usage ou de l'absorption de médicaments, de drogue ou de stupéfiants non prescrits médicalement ;**
- **d'un acte intentionnel ou d'une faute dolosive de la part du *bénéficiaire* ;**
- **les tentatives de suicide et leurs complications ;**
- **de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité que le *bénéficiaire* pratique ;**
- **des dommages que le *bénéficiaire* a causés ou subis lorsque le *bénéficiaire* pratique les sports suivants : bobsleigh, alpinisme ou varappe ;**
- **de la pratique à titre amateur de tout sport nécessitant l'emploi d'un engin de locomotion motorisé ;**
- **de la participation à titre amateur à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires à bord de tout engin de locomotion terrestre, marin ou aérien motorisé ou non ;**
- **de la pratique de tout sport à titre professionnel ;**
- **de la violation des règles du jeu énoncées par la fédération, l'association sportive, le tournoi ou tout autre organisation édictant officiellement les règles du jeu sportif ;**
- **d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;**
- **d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique ;**
- **de la guerre civile ou étrangère déclarée ou non ;**
- **de la mobilisation générale ;**
- **de la participation à des rixes ;**
- **de toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités ;**
- **de tout acte de sabotage ou de terrorisme ;**
- **de tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire ;**
- **de toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes ;**
- **des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;**
- **de toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernementale ;**
- **de tous les cas de *force majeure*.**

Assistance juridique : information juridique par téléphone

La garantie Assistance juridique est acquise s'il en est fait mention à la partie « Assistance » de vos Conditions particulières.

Vous bénéficiez, selon les conditions mentionnées ci-après, de l'assistance des juristes de Juridica (S.A. au capital de 14 627 854, 68 € - 572 079 150 R.C.S Versailles - 1 place Victorien Sardou 78160 Marly-le-Roi), société autonome et spécialisée dans l'assurance de protection juridique, mandatée à cet effet par nous pour mettre en œuvre cette action.

En prévention d'un litige, pour toute question sur le droit de la santé et notamment sur les relations avec un *établissement de santé* ou un prestataire de santé, un juriste vous renseigne par téléphone sur vos droits et obligations du lundi au vendredi de 9 h 30 à 19 h, sauf jours fériés.

Les questions posées doivent être relatives au droit français ou au droit monégasque. Selon les cas, les juristes peuvent avoir à se documenter et à vous rappeler afin de vous communiquer les renseignements nécessaires.

Exclusions

Ne sont pas pris en charge dans cette prestation : les questions posées dans le cadre d'une activité professionnelle.

Comment bénéficier de cette prestation ?

Contacter l'Assistance AXA au 36 33 depuis la *France*, coût d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'*étranger*).

Sommaire p.4 Définitions p.69



7. Ce qu'il faut savoir et faire pour obtenir un remboursement

7.1. Qu'est-ce qui est pris en charge ?

Les garanties définies dans les présentes Conditions générales ou Notice d'information s'appliquent lorsqu'elles sont indiquées comme étant incluses dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie. Les seules exceptions à cette règle sont mentionnées explicitement dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Le règlement des prestations est effectué en euros.

Les chapitres 4.1. à 4.8. concernent les soins en France.

Les chapitres 4.9. et 4.10. concernent les soins à l'*étranger*.

7.2. À quoi sert un contrat responsable, tel que Ma Santé ?

Les formules Néo sont toutes responsables car elles respectent les critères fixés par le dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », et sont conformes à la réforme du « *100% santé* ». En conséquence :

Elles prennent en charge :

- l'intégralité de votre participation sur les tarifs servant de base à la prise en charge par l'Assurance Maladie pour l'ensemble des dépenses de santé remboursé par cette dernière ;
- l'intégralité de votre participation aux frais d'hospitalisation avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire hospitalière, le *forfait journalier des établissements hospitaliers* sans limitation de durée et le *forfait patient urgences* ;
- 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, ainsi que certaines *prothèses capillaires* et les fauteuils roulants (location de courte durée) faisant l'objet d'une prise en charge renforcée ;
- les actes de prévention pour lesquels un ticket modérateur est appliqué.

Elles ne prennent pas en charge :

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à un *dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)* dans certaines limites ;
- la majoration de votre participation et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du *parcours de soins coordonnés* 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, de soins prothétiques dentaires, de prothèses capillaires et de *fauteuils roulants*, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels ;
- la *participation forfaitaire* applicable aux consultations médicales, les examens de radiologie et les analyses médicales ;

- la minoration appliquée sur les frais de transport du fait d'un refus de transport partagé ;
- les *franchises* applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport.

Elles respectent les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Elles permettent également aux *bénéficiaires* de bénéficier du *tiers payant* au minimum à hauteur des *tarifs de responsabilité* avec les professionnels de santé qui le pratiquent et à hauteur des frais exposés en sus des *tarifs de responsabilité* dans la limite des prix limites de vente pour les produits et prestations relevant des classes à prise en charge renforcée ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention dentaire.

En outre, ces formules reprennent 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.

Certaines *anciennes formules* 100 %, 125 %, 150 %, 200 % sont également responsables.

Les formules Néo qui sont toutes responsables, sont également toutes solidaires, dès que l'option option Suisse n'est pas souscrite. Elles présentent les avantages suivants :

- une taxe moins élevée qu'en cas de formule « non responsable et solidaire », qui fait baisser le prix de la *cotisation* TTC ;
- et **pour les *travailleurs non-salariés* et non agricoles,** des avantages fiscaux (déductions d'impôts).

Certaines *anciennes formules* 100 %, 125 %, 150 %, 200 %, sans option Suisse et sans questionnaire de santé, sont également responsables et solidaires.

7.3. Comment est calculé votre remboursement ?

Nous calculons votre remboursement à partir des informations figurant sur votre décompte d'Assurance Maladie ou sur les factures des professionnels de santé.

Selon la dépense de santé à rembourser, une *participation forfaitaire*, *franchise* ou pénalité à votre charge peut être appliquée par l'Assurance Maladie.

Vos remboursements de complémentaire santé peuvent être calculés de 4 façons, en fonction de l'acte. Ces précisions de calcul figurent dans le tableau des garanties de vos Conditions particulières :

- **soit en pourcentage (%) de la *base de remboursement (BR)* de l'Assurance Maladie,** ou, autrement dit « du tarif de référence fixé par l'Assurance Maladie » ;
- **soit en euros (€) sous forme de forfait ;**
- **soit une combinaison de ces 2 méthodes ;**
  lorsqu'un soin occasionne un remboursement exprimé à la fois en pourcentage (%) de la *base de remboursement (BR)* et en euros (€) sous forme de forfait ;
- **soit en « frais réels » ;**
  le montant total de vos dépenses réelles, pour les garanties concernées est prise en charge par l'Assurance Maladie et votre complémentaire Ma Santé. Ce qui ne vous laisse aucun *reste à charge*.

Selon les tarifs pratiqués et les couvertures, il vous restera un *reste à charge* plus ou moins important. Voir exemples du chapitre 1. « Bien comprendre votre assurant Ma Santé ».

Conformément à la législation, la totalité des remboursements (*régime obligatoire* plus régimes complémentaires) ne peut en aucun cas dépasser les frais réellement engagés.

7.4. Comment obtenir un remboursement ?

Pour **obtenir un remboursement en cas de dépenses de santé prises en charge et déjà remboursées par l'Assurance Maladie :**

- quand vous bénéficiez de la *télétransmission*, l'Assurance Maladie vous rembourse sa part et nous transmet automatiquement les informations nécessaires pour un remboursement complémentaire. Vous en êtes informés par une note sur votre décompte ;

- si vous ne bénéficiez pas de la *télétransmission*, vous devez nous faire parvenir le relevé de remboursement (aussi appelé décompte) de l'Assurance Maladie, pour toutes vos prestations de santé (soins, médicaments…) ; ce relevé est mis à disposition par votre Sécurité sociale.

Pour **obtenir un remboursement en cas de dépenses de santé non prises en charge par l'Assurance Maladie,** vous devez nous adresser les factures acquittées et détaillées au nom du *bénéficiaire*.

Si un **autre organisme de complémentaire santé prend en charge une partie de vos dépenses de santé et que vous voulez être remboursé d'un autre complément,** vous devez nous transmettre le relevé de remboursements de la complémentaire pour cette prestation.

Toutes les demandes ou documents peuvent nous être **transmis depuis votre Espace Client sur axa.fr ou l'application Mon AXA** (sauf contrat souscrit avec un Courtier).

Après vérification par nos services et calcul des montants, nous vous remboursons, exclusivement, par **virement bancaire sous 10 jours**. Il est important de nous faire parvenir vos coordonnées bancaires complètes dès la souscription.

Pour les cas particuliers suivants, vous devez nous adresser certaines pièces complémentaires pour obtenir un remboursement :

- **pour des lentilles de contacts,** l'**ordonnance** de l'ophtalmologiste prescripteur + **la facture acquittée** au nom du *bénéficiaire* ;
- **pour des lunettes faisant l'objet d'une demande de remboursement par courrier** (c'est-à-dire ne passant pas par un circuit de *tiers payant*), les **factures** et **ordonnances** ;
- **pour des *implants* dentaires,** la **facture acquittée** au nom du *bénéficiaire* et indiquant le numéro des dents soignées ;
- **pour de l'orthodontie non remboursée par l'Assurance Maladie,** la **facture acquittée** et détaillée au nom du *bénéficiaire*, émise par un professionnel de santé (cachet professionnel + signature du professionnel + n° *ADELI* + n° *RPPS* du praticien ou n° FINESS de l'établissement de soins dans lequel exerce le praticien et pour lequel il a établi cette facture) ;
- **dans les cas particuliers autorisant plus d'un remboursement de lunettes tous les 2 ans (ou 1 an pour les moins de 16 ans) : factures** et **ordonnances** nous permettant de vérifier la conformité de votre demande aux cas autorisés ;
- **pour les séances d'activité physique adaptée en cas d'affection longue durée et de maladies chroniques :** la **prescription** du médecin sur le formulaire de prescription fixé par arrêté, précisant le type d'activité, sa durée, sa fréquence et son intensité, et l'original de la **facture** produite par un professionnel de santé ou un professionnel diplômé dans le domaine de l'Activité Physique Adaptée ;
- **pour des soins à l'*étranger*,** voir paragraphe 4.9. « Quelle couverture à l'étranger ? ».

Les remboursements des soins à l'*étranger* présentés en pourcentages (%) dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières s'appliqueront sur la *base de remboursement* de l'Assurance Maladie.

Pour obtenir vos remboursements sur des soins à l'*étranger*, vous devez nous adresser le plus tôt possible les factures acquittées et détaillées au nom du *bénéficiaire*, même si vous bénéficiez de la *télétransmission*.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et en euros. Le taux de change applicable est le taux de change de la devise concernée au jour de la date de soin pour les autres pays.

Dans le cadre de nos **contrôles de conformité** nous pouvons vous demander les factures originales, les décomptes originaux, les ordonnances originales des prestations, ou à défaut une copie certifiée conforme lorsqu'ils ont été communiqués à l'Assurance Maladie.

Si vous refusez de les fournir, nous pouvons refuser ou limiter le remboursement au *ticket modérateur* de l'Assurance Maladie, c'est-à-dire ne pas prendre en charge les *dépassements d'honoraires*.

Dans le cadre de la **vérification des exclusions et des limitations**, nous pouvons vous demander des informations médicales (par exemple, résultats d'analyse médicale, certificat médical), cette demande d'information étant limitée aux données nécessaires au paiement des prestations. Ces informations médicales doivent être transmises au Médecin conseil d'AXA selon la procédure définie dans le chapitre « Protection de vos données de santé » de vos Conditions particulières. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces informations, l'exclusion ou la limitation sera appliquée.

7.5. Prescription - Période au-delà de laquelle aucune demande n'est plus recevable

Conformément aux dispositions prévues par l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a 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 l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le *bénéficiaire* est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurances 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 deuxième point, les actions du *bénéficiaire* sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'assuré.

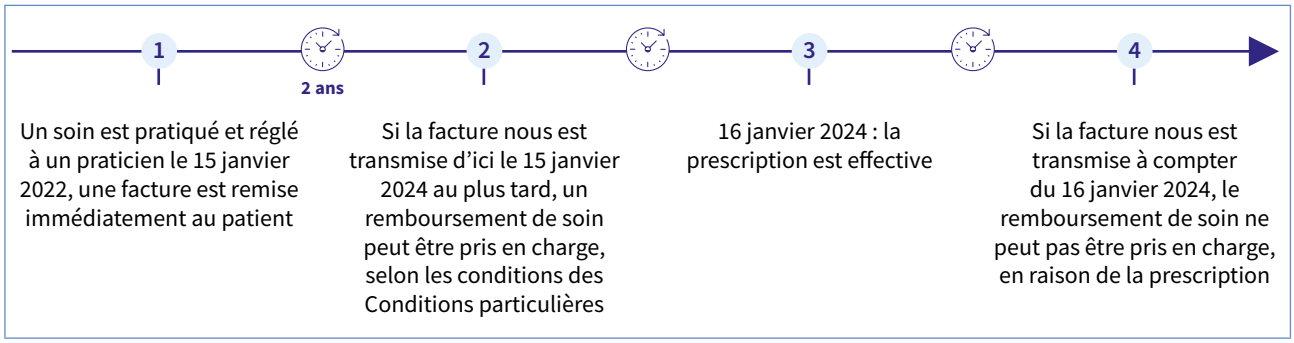
Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre 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.

En résumé, les demandes de remboursement ne sont plus recevables après 2 ans à compter des soins reçus ou de la date de présentation de la facture par l'établissement de soin au souscripteur ou *adhérent* du contrat (sauf dans des cas précisés ci-dessus).



Exemple

Un patient reçoit, de la part d'un hôpital public, une facture très tardivement.

Dans ce cas, c'est la date de présentation de la facture au patient qui sera prise en compte pour commencer à faire le décompte des 2 ans :

- hospitalisation en janvier 2022 ;
- facture générée par l'hôpital et reçue par le patient souscripteur ou *adhérent* du contrat en janvier 2025.

Le délai court à partir de janvier 2025 car le patient n'avait pas connaissance de ce qu'il devait payer avant.

7.6. Dans quels cas une expertise médicale peut vous être demandée ?

À tout moment, nous pouvons vous demander, outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, des pièces complémentaires ou des examens afin d'apprécier votre situation vis-à-vis des garanties prévues au contrat.

Ces informations médicales doivent être transmises au Médecin conseil d'AXA selon la procédure définie dans le chapitre « Protection de vos données de santé » de vos Conditions particulières.

Les décisions de l'assureur, prises en fonction des conclusions du Médecin conseil, vous sont notifiées par courrier recommandé. Ces décisions s'imposent à vous si vous n'en n'avez pas contesté le bien fondé par lettre recommandé dans les 2 mois suivant leur envoi au moyen d'une attestation médicale détaillée.

Elles peuvent nous conduire à cesser, à refuser ou à réduire le versement de nos prestations.

En cas de désaccord entre l'assureur et vous (ou vos ayants droits en cas de décès), chaque partie désignera un médecin. En cas de divergence entre ces 2 premiers médecins, ceux-ci désignent, par voie amiable ou judiciaire, un 3e médecin pour les départager.

Les honoraires et les frais relatifs à l'intervention de chacun des 2 premiers médecins sont à la charge de la partie qui l'a désigné, ceux concernant le 3e médecin sont supportés par moitié par les 2 parties.

Sommaire p.4 Définitions p.69



8. Le fonctionnement de votre contrat

8.1. Démarrage du contrat et déclenchement des remboursements

Votre contrat prend effet à la date indiquée dans vos Conditions particulières sous réserve du paiement de la première *cotisation*.

Il est souscrit pour une première période allant jusqu'à sa date d'*échéance principale* indiquée dans vos Conditions particulières, puis pour une durée d'un an renouvelable automatiquement à chaque *échéance principale*.

Votre *échéance principale* est indiquée dans vos Conditions particulières.

8.2. Quand et comment pouvez-vous payer votre cotisation ?

Vos *cotisations* sont fixées en fonction d'un certain nombre de paramètres vous concernant : le *régime obligatoire* d'assurance maladie, l'âge, la formule de garanties choisies, et éventuellement la zone géographique.

Tous impôts, contributions et taxes, auxquels votre contrat est ou sera assujetti, sont à votre charge et sont inclus dans la *cotisation*.

Le montant de la *cotisation* est indiqué sur les Conditions particulières de votre contrat, puis ultérieurement sur chaque appel de *cotisation*.

Vos *cotisations* sont payables d'avance c'est-à-dire que vous serez couvert uniquement après avoir payé (que vous payiez par année, par semestre, par trimestre ou par mois).

Vous pouvez payer sur votre Espace Client (sauf contrat souscrit avec un Courtier) par :

- TIP ;
- virement ;
- prélèvement ;
- carte bancaire ;

ou directement au bureau de votre interlocuteur par carte bancaire.

Elles évoluent à chaque *échéance principale* en fonction de l'âge des personnes *bénéficiaires*, de l'évolution générale de la consommation médicale et des résultats techniques de la catégorie de contrats couvrant les mêmes risques. Vous en êtes informés par l'envoi de votre avis d'échéance.

En cas de désaccord sur cette évolution, vous disposez du droit de mettre fin à votre contrat comme indiqué au paragraphe 8.6. « Comment mettre fin au contrat ? ».

8.3. Que se passe-t-il en cas de non-paiement de votre cotisation ?

Conformément à l'article L113-3 du Code des assurances, à défaut du paiement de votre *cotisation* (ou d'une fraction de celle-ci) dans les 10 jours de son échéance, nous vous envoyons une lettre recommandée pour :

- suspendre vos garanties, 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée ;
- résilier votre contrat à l'expiration d'un délai supplémentaire de 10 jours après la prise d'effet de la suspension de vos garanties.

La suspension de vos garanties pour non-paiement de votre *cotisation* ne vous dispense pas de payer vos *cotisations* dues.

La remise en vigueur de votre contrat après suspension des garanties est conditionnée au paiement intégral de votre *cotisation* et des frais de poursuite et de recouvrement.

Ces frais correspondent aux coûts de mise en demeure de payer les *cotisations* émises conformément aux dispositions de l'article L113-3 alinéas 2 et 4 du Code des assurances.

La remise en vigueur de votre contrat est effective à midi le lendemain du jour de votre paiement.

Si le paiement de votre *cotisation* est fractionné, et que vous ne payez pas une de ces fractions, vous devez immédiatement nous régler toutes les fractions non encore payées de l'*année d'assurance* en cours.

Si vous payez votre *cotisation* après la résiliation de votre contrat, nous ne sommes pas tenus de le remettre en vigueur.

En cas de non-paiement de la cotisation



8.4. Comment demander une modification de votre contrat ?

Vous pouvez demander le retrait d'un *bénéficiaire* à l'*échéance principale* de votre contrat et à tout moment en cas de décès ou d'adhésion d'un *bénéficiaire* à un contrat collectif obligatoire de son employeur.

En cas de décès, le retrait sera effectif à la date du décès.

En cas d'adhésion à un contrat collectif obligatoire, le retrait sera effectif à la date de la demande ou à une date postérieure de votre choix.

Tant que nous commercialisons le produit Ma Santé que vous détenez, vous pouvez demander à tout moment l'ajout d'un *bénéficiaire*. L'ajout se fera au tarif en vigueur.

Tant que nous commercialisons le produit Ma Santé que vous détenez, vous pouvez demander une modification de garanties selon les conditions ci-après.

Un changement de garantie à la hausse est soit un ajout de module dans la même formule soit un changement de formule vers une formule supérieure (quels que soient les ajouts ou retraits de modules réalisés simultanément).

Un changement de garantie à la hausse ne peut se faire :

- qu'à l'*échéance principale* avec une ancienneté d'au moins 1 an dans le niveau précédent ;
- et uniquement d'un niveau, le niveau étant défini par la formule sans module.

Un changement de garantie à la baisse est soit un retrait de module dans la même formule soit un changement de formule vers une formule inférieure (quels que soient les ajouts ou retraits de modules réalisés simultanément).

Un changement de garantie à la baisse ne peut se faire qu'à l'*échéance principale* :

- sauf événement de vie impactant le budget familial : perte d'emploi, surendettement, changement d'emploi, divorce, séparation, décès d'un *bénéficiaire* ;
- ou à l'occasion de l'ajout d'un *bénéficiaire*.

8.5. Comment déposer une réclamation ?

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours possible à la Médiation de l'assurance.

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction.

Auprès de nos équipes

- à votre interlocuteur AXA habituel : ses coordonnées sont indiquées sur vos courriers et sur votre Espace Client sur axa.fr (sauf contrat souscrit avec un Courtier) ;
- au Service Client avec lequel vous êtes en relation, pour les réclamations relatives aux remboursements,
- ou, à tout moment, au Service Réclamations.

Selon la nature du litige, les différents moyens de contacter le Service Réclamations sont :

Pour les garanties d'assurance

via le formulaire de contact : sur **axa.fr** ou depuis votre Espace Client (sauf contrat souscrit avec un Courtier)

par courrier : AXA France - Réclamations - TSA 46307 - 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9

Pour les prestations d'assistance

via le formulaire de contact : axa.fr/services-assistance/contact-axa/formulaire-reclamation.html

par courrier : Assistance AXA - Relation Client - 8-10, rue Paul Vaillant Couturier - 92240 Malakoff

par e-mail : relation.clientele@axa-assistance.com

Pour l'assistance juridique (si votre contrat la garantit)

par e-mail : à servicereclamation@juridica.fr

par courrier : Juridica - Réclamations - 1 place Victorien Sardou - 78166 Marly-le-Roi Cedex

Les délais de traitement de votre réclamation sont les suivants :

- un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de 10 jours ;
- votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de 60 jours à compter de l'envoi de la réclamation.

Auprès du Médiateur de l'Assurance

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance :

- 2 mois après votre 1re réclamation écrite, que vous ayez reçu une réponse ou non de notre part ;
- et dans un délai maximum de 1 an à compter de la date de votre 1re réclamation écrite.

Votre demande peut se faire :

sur le site : 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 une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet.
Les deux parties, vous-même et AXA, restent libres de suivre ou non la proposition du Médiateur.
Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

8.6. Comment mettre fin au contrat ?

Qui peut résilier ?	Quel est le motif de résiliation ?
Vous, souscripteur ou adhérent du contrat	**À l'*échéance principale*,** en respectant le délai de préavis de 2 mois minimum. La date d'expédition de votre demande de résiliation fait foi pour le respect du délai.
	À l'*échéance principale*, en cas de hausse de tarif à l'initiative de l'assureur ne provenant pas d'une modification législative ou réglementaire, en respectant un délai de 30 jours maximum après l'envoi de l'avis d'échéance. La résiliation prendra alors effet : ■ si la demande a été reçue avant cette échéance, à la date d'*échéance principale* du contrat ; ■ sinon, au lendemain de la date d'envoi de la demande de résiliation.
	En cas de **changement de situation** qui justifie une modification de votre couverture, la demande de résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant la date de l'événement (voir justificatifs à fournir dans le tableau ci-dessous). La résiliation prend effet 1 mois après réception de votre demande de résiliation et de l'attestation correspondante.
	À tout moment, sans frais ni pénalité, à l'expiration d'un délai de 1 an à compter de la première souscription ou de la première adhésion, que vous changiez d'assureur ou pas, en respectant un délai de préavis de 1 mois. Si vous résiliez pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un autre assureur, vos garanties resteront en vigueur jusqu'à la date de début du nouveau contrat (tant que vos cotisations restent réglées).
Les bénéficiaires du contrat ou les héritiers	En cas de **décès du souscripteur ou adhérent ou d'un bénéficiaire seul au contrat**, à tout moment.
Nous, AXA	En cas de **non-paiement des cotisations.**
	Si **vous ne remplissez plus les conditions d'admission à la souscription.**

Justificatifs à fournir en cas de changement de situation

Changement de situation	Attestations à fournir
Changement de *régime obligatoire* (Régime général, *AMEXA*, régime local d'Alsace Moselle) **avec un impact sur le tarif**	Attestation d'affiliation au nouveau *régime obligatoire*.
Adhésion à un contrat santé collectif imposée par l'employeur	Attestation de l'employeur de votre adhésion à un contrat collectif.

Changement de situation	Attestations à fournir
Déménagement à l'*étranger*	Attestation sur l'honneur de votre déménagement à l'*étranger* précisant que vous n'êtes plus résident fiscal français ou que vous n'êtes plus couvert par un *régime obligatoire* français d'Assurance Maladie
Adhésion à la complémentaire santé solidaire	Attestation d'adhésion à un organisme gérant votre complémentaire santé solidaire

Vos modalités de résiliation

Dans tous les cas de demande de résiliation à votre initiative, elle doit nous être notifiée conformément à l'article L. 113-14 du Code des assurances (hormis pour les cas où le nouvel assureur fait la demande de résiliation pour votre compte) :

- **directement auprès de votre Agent Général AXA, Conseiller AXA, ou Courtier d'assurance**, qui vous demandera un e-mail pour confirmer votre demande de résiliation ;
- ou **par voie électronique :**
  - depuis la page d'accueil de votre **Espace Client sur axa.fr**, de manière à accélérer la prise en compte de votre demande,
  - en remplissant un formulaire de résiliation en ligne (avec vos prénom, nom, n° de contrat, motif de résiliation, attestations si nécessaires) selon les modalités précisées sur **axa.fr/services-assistance/contact-axa/formulaire-resiliation.html**
- ou par **lettre simple** mentionnant votre numéro de contrat, à envoyer :
  - à AXA France - Résiliation Santé Individuelle - TSA 16304 - 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9
  - ou à l'adresse de notre siège social, AXA France - Résiliations - 313 Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex

Exemple

Lors d'une demande de résiliation par courrier, et dans le cadre d'une résiliation à échéance annuelle, la lettre doit être envoyée au plus tard le 31 octobre pour que votre contrat cesse au 31 décembre à minuit, le cachet de la poste faisant foi.

À réception de votre demande, une confirmation écrite vous sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Cotisation : reste à régler et trop-perçu

Vous n'êtes redevable que de la partie de la *cotisation* correspondant à la période pendant laquelle vous êtes assurés, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

En cas de trop-perçu, le solde éventuel vous sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation.

En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions concernant le règlement des *cotisations* prévues au paragraphe 8.2. « Quand et comment pouvez-vous payer votre *cotisation* ? ».

Nous pouvons mettre fin à votre contrat :

- si vous ne réglez pas vos *cotisations*, 40 jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure ;
- si vous ne remplissez plus toutes les conditions d'admission à la souscription (un changement de résidence fiscal, par exemple).

En cas de décès

En cas de décès du souscripteur ou *adhérent* : Le contrat peut être résilié hors échéance. Les autres adultes assurés au contrat peuvent en faire la demande auprès des services de gestion ou de leur agent.

En cas de décès du seul *bénéficiaire* du contrat mais non souscripteur, les héritiers ou le souscripteur/*adhérent* en informe les services de gestion ou leur agent qui stoppent le contrat.

Les soins postérieurs à la date du décès ne sont pas pris en charge.



9. Autres dispositions

9.1. Quels sont vos droits en cas de vente à distance et démarchage ?

Fourniture à distance d'opérations d'assurance

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un souscripteur, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

- ne s'appliquent qu'au 1er contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'autres contrats de même nature, échelonnés dans le temps, sous condition que pas plus de 1 an ne se soit écoulé entre 2 contrats ;
- ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Si le contrat a été conclu à la demande du souscripteur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, l'assureur ou l'intermédiaire doit exécuter ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat.

Le souscripteur, personne physique, qui conclut à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance, est informé qu'il dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer et ce, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité. Ce délai commence à courir soit à compter du jour de la signature des Conditions particulières, soit à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L.121-28 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à la 1re.

Le souscripteur est informé que le contrat ne peut recevoir commencement d'exécution avant l'arrivée du terme de ce délai sans son accord.

Le souscripteur, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, présenté ci-dessous, dûment complété par ses soins et envoyé à : AXA France - Santé individuelle - TSA 16304 - 95901 Cergy Pontoise Cedex 9.

> « Je soussigné [Nom – Prénom], demeurant [Adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, au contrat d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature des Conditions particulières], par l'intermédiaire de [Nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].
>
> Date [À compléter] Signature [Souscripteur] »

À cet égard, le souscripteur est informé que, s'il exerce son droit de renonciation, il sera tenu au paiement proportionnel du service financier effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité, soit un montant calculé selon la règle suivante : (montant de la *cotisation* annuelle figurant aux Conditions particulières du contrat) x (nombre de jours garantis) / 365.

Souscription par voie de démarchage

Le souscripteur, personne physique, qui fait l'objet d'un démarchage à son *domicile*, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, est informé qu'il dispose de la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

À cet égard, le souscripteur, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, présenté ci-dessous, dûment complété par ses soins et envoyé à : AXA France - Santé individuelle - TSA 16304 - 95901 Cergy Pontoise Cedex 9.

> « Je soussigné [Nom – Prénom], demeurant [Adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L. 112-9 du Code des assurances, au contrat d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature des Conditions particulières], par l'intermédiaire de [Nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].
>
> Date [À compléter] Signature [Souscripteur] »

L'exercice de ce droit de renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

En cas de renonciation, le souscripteur ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de *cotisation* correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la *cotisation* reste due à l'entreprise d'assurance si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Démarchage téléphonique

Vous ne pouvez être contacté par téléphone à des fins commerciales que si vous avez donné votre accord préalablement. Cette règle ne s'applique pas si l'appel concerne un contrat en cours et a un rapport avec celui-ci (notamment afin d'améliorer sa performance ou sa qualité).

9.2. Que se passe-t-il en cas de fausse déclaration ou de fraude ?

Déclarations fausses, erronées ou omises

Vous devez, à la souscription ou à l'adhésion, répondre exactement aux questions que nous vous posons concernant votre identité, votre date de naissance, votre régime d'Assurance Maladie obligatoire, votre adresse de résidence principale et votre qualité de résident fiscal français.

Pour les formules 400 % et 400 % Tradi ou pour toute formule ayant une option Suisse, vous devez aussi, à la souscription ou à l'adhésion, répondre exactement aux questions que nous vous posons concernant l'état de santé de chaque assuré.

En cours de contrat, vous avez obligation de nous déclarer toutes les circonstances nouvelles, à l'exception des modifications de l'état de santé des assurés, qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexactes ou caduques les réponses faites à la souscription ou à l'adhésion de votre contrat.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle permet d'opposer la nullité du contrat quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur (article L113-8 du Code des assurances).

Toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle constatée après sinistre entraîne une réduction proportionnelle d'indemnisation (article L. 113-9 du Code des assurances).

Fraude

Dans l'hypothèse où l'assureur démontrerait une fraude commise par l'assuré ou les *bénéficiaires* couverts par le présent contrat, l'assureur se réserve le droit de demander le remboursement des sommes trop payées au titre des prestations de santé, dans le respect des procédures réglementaires. La fraude inclut la manipulation délibérée des données médicales ou des documents médicaux (y compris factures, notes d'honoraires).

9.3. Quelles sont les dispositions de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ?

En notre qualité d'organisme financier, nous sommes soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du Code monétaire et financier (articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier).

Afin de nous permettre de respecter ces obligations, vous vous engagez à nous remettre les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui vous sont relatifs ainsi que ceux concernant les assurés. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devra être actualisé notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit d'un *bénéficiaire*.

Vous vous engagez par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par vos soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, nous réaliserons une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

9.4. Quelles conséquences en cas de sanctions internationales ?

Définition

Pour les besoins de la présente Section, on entend par « sanctions internationales » toutes mesures restrictives financières ou commerciales décidées par un État ou une Organisation Internationale / Supranationale, édictées par la France, l'Union européenne, les États-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni, ou l'Organisation des Nations Unies (ONU), à l'encontre d'autres États, de territoires, de personnes physiques, de personnes morales ou d'entités de droit public ou de droit privé.

Ces sanctions internationales peuvent notamment prendre les formes suivantes :

- interdictions ou restrictions d'importations ou d'exportations (embargos) ;
- confiscations, saisies, gels de biens ou d'avoirs ;
- interdictions ou restrictions de certaines activités industrielles, commerciales ou de services en particulier financiers dont assurantiels.

Ces sanctions internationales sont évolutives tant par leur nature que dans leurs domaines d'application. Elles sont publiques et peuvent être consultées sur les sites internet des États et des Organisations précités.

Ces sanctions internationales peuvent interdire à l'Assureur, d'exécuter les obligations résultant d'un contrat d'assurance telles que :

- couvrir un risque ;
- ou payer une somme d'argent ou fournir une prestation.

Conséquences pour l'assureur

Dans l'exercice de ses activités, l'assureur est soumis de plein droit aux législations et réglementations d'ordre public édictées par la France, l'Union Européenne et le pays dans lequel l'assureur a son siège social, y compris dans le domaine des sanctions internationales qui peuvent lui interdire d'exécuter les obligations résultant d'un contrat d'assurance telles que :

- couvrir un risque et/ou ;
- payer une somme d'argent ou fournir une prestation.

Par ailleurs, le non-respect par l'assureur d'autres sanctions internationales peut exposer ce dernier, ses employés ou les sociétés du groupe auquel il appartient, à des risques de sanctions réglementaires, administratives, civiles, et/ou pénales. Par conséquent, l'assureur doit également veiller à la conformité de ses activités avec les sanctions internationales édictées par les États-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni, l'ONU et le pays du siège social de la société mère du groupe de l'assureur.

Effets sur l'exécution du contrat

Suspension de l'obligation de couverture d'un risque

Lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs sanctions internationales visées au paragraphe « Conséquences pour l'assureur » ci-dessus, l'exécution de l'obligation de l'assureur de couvrir un risque en application du présent contrat est suspendue, dès leur entrée en vigueur. Cette suspension cesse à compter du jour où lesdites sanctions internationales cessent d'affecter l'obligation de l'assureur. Aucun sinistre survenu pendant la période de suspension ne pourra donner lieu à garantie.

Suspension de l'obligation de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation

Lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs sanctions internationales visées au paragraphe « Conséquences pour l'assureur » ci-dessus, l'exécution de l'obligation de l'assureur de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation en application du présent contrat est suspendue, dès leur entrée en vigueur. Cette suspension s'applique notamment dans le cadre d'un sinistre ou d'un remboursement total ou partiel de prime. Toute somme contractuellement due par l'assureur et dont le paiement aurait été reporté du fait des sanctions internationales redeviendra exigible à compter du jour où lesdites sanctions internationales cessent d'affecter l'obligation de l'assureur. Il en est de même, lorsque cela est possible, de la fourniture de la prestation qui avait été ainsi suspendue.

L'assureur devra vous informer, par écrit motivé, de tout refus de prise en charge d'un sinistre en raison de l'existence d'une ou plusieurs sanctions internationales.

9.5. Subrogation : dans quel cas AXA peut récupérer un remboursement auprès d'un tiers responsable ?

Les garanties ayant un caractère indemnitaire, nous pouvons agir auprès du tiers responsable d'un préjudice à votre encontre, pour nous faire rembourser des frais médicaux que nous avons pris en charge.

Exemple

Lors d'un accident de la route, un assuré au contrat Ma Santé est blessé, alors qu'il n'est pas responsable.

Tout d'abord, nous prenons en charge, auprès de notre assuré, le complément de ses frais médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie.

La subrogation nous permet ensuite de demander à l'assureur de l'automobiliste responsable, le remboursement, pour AXA, des frais médicaux versés à cet assuré.

9.6. Labellisation pour les agents territoriaux

Dans le cadre d'un contrat individuel souscrit avec AXA, certaines de nos formules sont labellisées pour les agents de la fonction publique territoriale. Cela permet aux employeurs de cette fonction publique de prendre en charge une partie des cotisations de complémentaire santé de leurs collaborateurs.

Formules Labellisées

Si vous êtes agent d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public dépendant d'une collectivité territoriale, les formules :

- Ma Santé 100 % (*Anciennes formules* ou Néo) ;
- Ma Santé 125 % (*Anciennes formules* ou Néo) ;
- Ma Santé 150 % (*Anciennes formules* ou Néo) ;
- Ma Santé 200 % (*Anciennes formules* ou Néo) ;

avec ou sans modules complémentaires, sont labellisées conformément aux décrets n°2011-1474 du 8 novembre 2011 et n°2022-581 du 20 avril 2022.

Majoration des cotisations pour souscription tardive

Conformément à l'article 28 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, lorsque l'agent territorial n'a pas souscrit de contrat labellisé pendant une durée déterminée et n'a donc pas participé à la solidarité inhérente aux contrats labellisés, la *cotisation* est majorée d'un coefficient défini comme suit par les pouvoirs publics.

La majoration est égale à 2 % par année pour toute année non cotisée à un contrat labellisé. Les années non cotisées sont comptabilisées :

- à partir de l'âge de 30 ans ;
- à partir de la date la plus récente entre le 10 novembre 2013 (date de publication du décret plus 2 ans) et la date d'entrée de l'agent dans la fonction publique augmentée de 2 ans ;
- le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence.

Perte du label

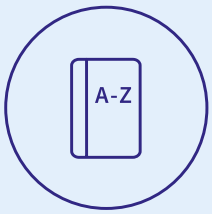
Dans le cas où le label a fait l'objet d'une décision de retrait ou de non-renouvellement, l'assureur informe, dans un délai de 1 mois à compter de la notification de cette décision, les souscripteurs ou adhérents des conséquences qui peuvent en résulter au regard de la majoration de *cotisation* (prévue à l'article 28 du décret du 8 novembre 2011).

Le retrait ou le non-renouvellement prend effet pour l'*adhérent* ou le souscripteur à compter du 1er jour du 2e mois suivant la fin de la labellisation. Lorsque l'assureur reçoit directement la participation de la collectivité territoriale ou de l'établissement public, il l'informe également de la décision de retrait ou de non-renouvellement du contrat ou du règlement. Cette information est donnée aux agents territoriaux intéressés, lorsque la participation leur est versée directement.

9.7 Modifications législatives et réglementaires

Lorsque la loi ou la réglementation modifie les conditions contractuelles ou la portée de nos engagements, nous sommes susceptibles de modifier les modalités de votre contrat pour l'adapter à la nouvelle situation.

Cette adaptation peut être réalisée en cours de contrat dès l'application de cette nouvelle réglementation si celle-ci le prévoit ou au plus tard à la prochaine *échéance principale*.



10. Les définitions

100 % santé

Le 100 % santé vise à garantir un accès à certains soins et équipements de santé sans reste à charge. Cette offre cible des soins, équipements et prothèses entièrement remboursables par l'Assurance Maladie et la complémentaire santé, sans avance de frais.

Les soins, équipements et prothèses concernés comportent la mention 100 % santé dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières.

Actes coûteux et peu coûteux (frais de séjour)

Les actes dits « coûteux » ou « lourds » sont les actes pour lesquels une participation forfaitaire de l'assuré est définie par l'article R160-16 du Code de la Sécurité sociale.

Les actes dits « peu coûteux » sont les actes de la liste pour lesquels l'assuré doit s'acquitter du ticket modérateur.

ADELI (Automatisation DEs LIstes)

Le répertoire ADELI recense les informations professionnelles de nombreuses professions de santé. La consultation de ce répertoire est aujourd'hui possible en contactant votre Agence Régionale de Santé (ARS). Le numéro ADELI est progressivement remplacé par le RPPS pour certaines professions de santé.

Adhérent (Vous)

Lorsque l'assurance est acquise par un contrat de groupe à adhésion facultative souscrit par l'association ANPERE, l'adhérent est la personne qui adhère à l'association.

Admission

Accueil et enregistrement du patient par le service des admissions d'un établissement hospitalier. En cas d'arrivée par le service des urgences, il existe également une procédure d'admission accélérée.

Aidant

Au titre de ce contrat l'aidant est l'assuré qui assiste son père, sa mère, son fils, sa fille ou son conjoint dépendant.

Ambulatoire

Tout séjour dans un établissement hospitalier privé ou public donnant lieu à une admission, un traitement (y compris chirurgical) et une sortie le même jour, nécessité par un accident ou une maladie ; les consultations externes sont exclues.

AMEXA

Assurance Maladie des exploitants agricoles.

Animaux domestiques

Désigne le chien et/ou chat qui appartient à l'assuré et qui vit habituellement à son domicile, à l'exclusion de toute autre espèce, à condition qu'il soit à jour de vaccination conformément à la législation française, sous réserve des dispositions de la loi n°99-5 du 6 janvier 1999 relative aux animaux dangereux et errants et à la protection des animaux. Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.

Anciennes formules

Depuis sa création, l'assurance complémentaire Ma Santé a évolué et d'anciennes formules ne sont plus commercialisées, mais restent prises en charge par ces Conditions générales / Notice d'information.

Cela concerne les formules : Hospi, Éco, 100 %, 125 %, 150 %, 200 % et 400 %. Pour savoir si ces anciennes formules vous concernent, vous pouvez consulter les Conditions particulières de votre contrat.

Année d'assurance

Une année d'assurance commence à la souscription ou au renouvellement de votre contrat et dure jusqu'à l'échéance principale de votre contrat éloignée d'au moins 11 mois.

Association

Il s'agit de l'association qui souscrit le contrat de groupe à adhésion facultative définie sur votre Certificat d'adhésion.

Assuré

Toute personne qui bénéficie des prestations ou des droits liés à ce contrat. Il peut s'agir, par exemple, du souscripteur ou de l'adhérent, du conjoint, des enfants ou d'autres membres de la famille désignés dans le contrat (aux Conditions particulières), qui ont droit à la couverture ou aux remboursements prévus. Tout assuré au contrat peut également être appelé bénéficiaire.

Base de remboursement (BR) de l'Assurance Maladie

C'est le tarif de référence fixé par l'Assurance Maladie. Il permet de calculer le montant de remboursement de l'Assurance Maladie.

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.

Bénéficiaire

Toute personne qui bénéficie des prestations ou des droits liés à ce contrat. Il peut s'agir, par exemple, du souscripteur ou de l'adhérent, du conjoint, des enfants ou d'autres membres de la famille désignés dans le contrat (aux Conditions particulières), qui ont droit à la couverture ou aux remboursements prévus. Tout bénéficiaire au contrat peut également être appelé assuré.

Cotisation

Somme à payer en contrepartie des garanties d'assurance.

Court séjour

Le court séjour inclut les soins de courte durée ou le traitement des affections pendant leur survenance, c'est-à-dire pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie.

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.

Délai d'attente

Période pendant laquelle nous ne prenons pas en charge les soins pratiqués. Cette période débute à partir de la date d'effet des garanties.

Dépassement d'honoraires

C'est la somme supplémentaire qu'un professionnel de santé peut facturer, au-delà du tarif de référence fixé par l'Assurance Maladie. Ce dépassement n'est pas entièrement remboursé. La complémentaire santé peut en prendre une partie en charge.

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

Un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée est un contrat proposé par l'Assurance Maladie aux médecins leur proposant de limiter leurs dépassements d'honoraire en contrepartie d'un certain nombre d'avantages. L'Option Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM) est un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Domicile

Lieu habituel de résidence principale de l'assuré. Il est situé en France métropolitaine.

Échéance principale

L'échéance principale est la date définie dans les Conditions particulières à laquelle le contrat se renouvelle par tacite reconduction s'il n'a pas été résilié selon les conditions définies dans ces Conditions générales ou Notice d'information.

Équipe médicale

Structure d'assistance médicale que l'Assistance AXA met à disposition et adapte à chaque cas particulier.

Établissement de santé

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

Établissement conventionné

Qu'il soit un hôpital public ou une clinique privée, l'établissement conventionné passe un accord avec l'Assurance Maladie et s'engage à respecter ses tarifs conventionnels (aussi appelés tarif de convention ou tarifs conventionnés).

État de dépendance totale

Est considérée comme étant en état de dépendance totale au titre de ce contrat :

- une personne ayant été reconnue comme dépendante totale au titre d'un contrat AXA Entour'Age ou au titre d'un contrat AGIPI Egard ;
- ou une personne de plus de 60 ans ayant un niveau de dépendance GIR1 ou GIR2, selon la grille AGGIR ;
- ou une personne de moins de 60 ans :
  - classée par l'Assurance Maladie en invalidité de 3e catégorie,
  - ou bénéficiaire, au titre de la législation sur les accidents du travail, d'une majoration pour tierce personne,
  - ou bénéficiaire de l'allocation pour adulte handicapé (AAH) compte tenu d'un taux d'incapacité permanente de 100 %.

Étranger

Tout pays en dehors du pays du domicile de l'assuré.

Force majeure

Événement échappant au contrôle du débiteur, qui ne pouvait être raisonnablement prévu lors de la conclusion du contrat et dont les effets ne peuvent être évités par des mesures appropriées, qui empêche l'exécution de son obligation par le débiteur.

Forfait journalier hospitalier

Somme due par le patient pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 h dans un établissement de santé en France. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. 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…).

Forfait de surveillance thermale

Le forfait de surveillance médicale correspond à votre surveillance médicale par le médecin du centre pour l'ensemble des actes médicaux accomplis pendant la durée normale de votre cure. Ces frais se rapportent directement à l'affection qui a provoqué la cure thermale.

S'y ajoutent, éventuellement, des pratiques médicales et complémentaires si ces soins sont inscrits sur la liste des pratiques médicales remboursables et effectuées dans les stations thermales répertoriées dans cette liste.

Forfait patient urgences

Le forfait patient urgences (FPU) correspond à la participation du patient aux frais liés à son passage aux urgences sans être hospitalisé.

Forfait thermal

Le forfait thermal correspond aux soins et traitements de la cure elle-même.

Frais de séjour

Les frais de séjour représentent 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, hébergement, repas...

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 solde étant généralement remboursé par l'Assurance Maladie complémentaire.

Frais pré et post-opératoires

Les frais pré et post-opératoires sont les frais de médecine (consultations, examens médicaux, auxiliaires médicaux) et de pharmacie qui précédent ou suivent une opération chirurgicale et qui ont un rapport direct avec celle-ci. Dans le cadre de nos formules Hospi et Hospi Tradi, ces frais sont pris en charge lorsqu'ils correspondent à des soins prodigués dans les 30 jours qui précèdent ou qui suivent l'intervention chirurgicale. Dans les autres formules, ces soins et médicaments sont pris en compte dans le cadre des garanties Soins courants du contrat telles que décrites dans les Conditions particulières.

France

Pour les garanties d'assistance : France métropolitaine y compris la Corse.

Franchise

Il s'agit de la somme déduite des remboursements effectués par l'Assurance Maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Son montant est de :

- 1 € par boîte de médicaments ;
- 1 € par acte paramédical ;
- 4 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 70 € 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 4 € par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 8 € par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées :

- les moins de 18 ans ;
- les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) et de l'aide médicale de l'État (AME) ;
- les femmes enceintes (du 1er jour du 6e mois de grossesse et jusqu'au 12e jour après l'accouchement) ;
- les jeunes filles mineures, âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence ;
- et les victimes d'un acte de terrorisme, pour les frais de santé en rapport avec cet évènement.

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé « responsables ».

Groupes iso-ressources (GIR)

La grille AGGIR (Autonomie gérontologie groupes iso-ressources) est un outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques en cas de dépendance.

- le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit ou en fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, nécessitant une présence continue d'intervenants ;
- le GIR 2 est composé de 2 sous-groupes :
  - d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;
  - d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui conservent leurs capacités motrices.
- le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement, leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle ;
- le GIR 4 comprend les personnes qui ne peuvent pas se lever seules mais qui, une fois debout, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage ;
- le GIR 5 est composé des personnes qui sont capables de s'alimenter, s'habiller et se déplacer seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Hospitalisation

Pour les garanties d'assistance : séjour d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical lié à une maladie ou un accident corporel.

Hospitalisation inopinée

Une hospitalisation inopinée est une hospitalisation à l'étranger non programmée et donnant lieu à un remboursement du régime obligatoire d'Assurance Maladie français. Les conditions de prise en charge de l'Assurance Maladie pour les soins dispensés à l'étranger sont précisées dans les articles R160-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Indice de masse corporelle (IMC)

L'IMC est la mesure de corpulence d'une personne, utilisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Elle se calcule à partir de votre poids (en kg) divisé par votre taille (en mètres) au carré : Poids / Taille^2 = IMC.

Implantologie dentaire (ou Implants)

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, 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.

LAMal

Loi fédérale suisse du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie.

Liste des produits et prestations remboursables (LPP)

La LPP est la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie. Il s'agit notamment des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements, des orthèses et prothèses externes, des dispositifs médicaux implantables et des véhicules pour handicapés physiques. Vous pouvez la consulter sur ameli.fr/etablissement/exercice-professionnel/nomenclatures-codage/lpp

Médecine douce

Au titre de ce contrat la médecine douce s'entend comme une prestation d'ostéopathe, de chiropracteur, d'acupuncteur, de pédicure-podologue, de psychomotricien, d'ergothérapeute, de psychologue ou de psychothérapeute. Se rapporter au chapitre correspondant pour plus de détails concernant les praticiens et les actes que nous remboursons.

Médecin traitant

Médecin généraliste ou spécialiste que l'assuré désigne comme son interlocuteur principal pour l'organisation et la coordination de ses soins. Cela lui permet de bénéficier du parcours de soins optimisé et d'un meilleur remboursement.

Membre de la famille

Vous-même, vos enfants et petits-enfants à charge fiscalement, votre conjoint ou partenaire de PACS (Pacte civil de solidarité) ou concubin, vos frères et sœurs (vivant sous le même toit), ainsi que vos ascendants (parents, grands-parents… vivant sous le même toit).

Moyen séjour

Le moyen séjour inclut les soins de suite ou de réadaptations (SSR). Autrement dit, les soins nécessaires à votre rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

Orthèse

À la différence de la prothèse qui supplée ou remplace, l'orthèse soutient la partie déficiente du corps (attelle, corset, gouttière, plâtre, etc.)

Parcours de soins coordonnés

Cela désigne l'ensemble des démarches et des étapes à suivre pour permettre une meilleure prise en charge. Ce parcours vise à organiser la prise en charge médicale de manière cohérente, via le médecin traitant. Il favorise une meilleure coordination entre les professionnels de santé, une meilleure qualité de soins, et une optimisation des remboursements par l'Assurance Maladie.

Parodontologie

La parodontologie consiste à soigner toutes les maladies dentaires qui se rapportent à l'ensemble des tissus qui soutiennent la dent, le parodonte. Les actes de parodontologie sont définis par la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Attention, l'appellation de certains actes peut laisser penser qu'ils font partie de la parodontologie. La régénération parodontale, par exemple, est une reconstruction de l'os alvéolaire, qui relève en réalité d'une chirurgie dentaire. En cas de doute, nous vous invitons à nous adresser un devis pour connaitre le montant éventuel de votre remboursement.

Participation forfaitaire

Tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que les actes de biologie et de radiologie, génèrent une participation forfaitaire de 2 €, laissée à la charge du patient.

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 ;
- des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) 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 70 € par année civile et par personne.

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

Personne de confiance

Personne que vous désignez. Cette personne doit être domiciliée en France.

Personne dépendante

Personne physique qui se trouve dans l'impossibilité médicalement constatée d'effectuer au moins 3 des 4 actes ordinaires de la vie quotidienne : se déplacer, s'habiller, se laver, s'alimenter et à qui il aura été médicalement prescrit l'assistance constante d'un tiers ou l'hospitalisation en centre de long séjour ou l'hébergement en section de cure médicale.

Praticien conventionné ou non conventionné

Les pouvoirs publics et les autorités régissant la politique de soins passent des conventions avec les instances représentatives des professionnels de santé. Ces conventions visent à permettre ou faciliter le remboursement des soins par les assurances maladies obligatoires ou complémentaires, en contrepartie d'un encadrement des pratiques et des tarifs.

Les praticiens sont ensuite libres d'adhérer ou non à la convention de leur profession.

En pratique, les tarifs des praticiens conventionnés sont habituellement plus bas que les tarifs des praticiens non conventionnés.

Prise en charge hospitalière

Une prise en charge hospitalière est un document que nous délivrons pour vous éviter l'avance d'argent à certains établissements hospitaliers publics ou privés.

Prix de journée

Le prix de journée correspond aux frais de séjour liés à une hospitalisation. Par exemple : les coûts de bloc opératoire, l'utilisation de certains appareils médicaux, les soins avant et après une intervention, la rémunération du personnel, les charges fixes...

Proche

Au titre de ce contrat, pour la prestation « Retour des proches », est considéré proche d'un assuré au contrat : son conjoint ou concubin notoire, ses ascendants au 1er degré vivant sous le même toit, ses descendants au 1er degré à charge au sens fiscal du terme ou vivant sous le même toit, voyageant ensemble.

Prothèses capillaires

Les prothèses capillaires sont des coiffures artificielles, d'origine naturelle ou synthétique, remplaçant ou complétant une chevelure. Elles sont composées d'un bonnet sur lequel des fibres naturelles ou synthétiques sont implantées mécaniquement ou de façon manuelle.

Prothèses dentaires à prise en charge renforcée / à tarifs maîtrisés

Les prothèses à prise en charge renforcée, si elles sont mentionnées dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières, correspondent aux prothèses « 100 % santé » mentionnées au paragraphe 4.5. « Dentaire ».

Les notions de prothèses dentaires à tarifs limités et prothèses dentaires à tarifs maîtrisés sont équivalentes dans vos documents contractuels.

Réduction mammaire importante

Au titre de ce contrat, une réduction mammaire importante est une réduction mammaire telle que définie dans l'acte QEMA013 de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Régime obligatoire

Le régime obligatoire désigne un régime de santé ou de prévoyance auquel l'assuré est automatiquement soumis, et qui est déterminé selon son statut professionnel. Ce régime doit être un régime français.

Il peut également être appelé :

- régime obligatoire d'Assurance Maladie ;
- ou régime obligatoire d'Assurance Maladie français ;
- ou régime obligatoire français d'Assurance Maladie ;
- ou Assurance Maladie ;
- ou Assurance Maladie obligatoire ;
- ou Sécurité sociale.

Remboursement du régime obligatoire

Le régime obligatoire applique un pourcentage (%) sur la base de remboursement (BR) pour calculer son remboursement. Dans certains cas, une franchise ou des pénalités peuvent être déduites.

Reste à charge

Part finale des dépenses restant à la charge de l'assuré, après l'intervention de l'Assurance Maladie et de la complémentaire Ma Santé.

Le reste à charge avant remboursement de la complémentaire Ma Santé est constitué :

- du ticket modérateur ;
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire ;
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)

Le RPPS recense les informations professionnelles de nombreuses professions de santé, notamment les médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens. Le RPPS remplace progressivement le répertoire national ADELI. Le RPPS est régi par l'Arrêté du 6 février 2009 portant création d'un traitement de données à caractère personnel.

Secteur 1 ou secteur 2

Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'Assurance Maladie obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste), de son secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2) et de son adhésion ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) :

- le médecin conventionné de secteur 1 n'ayant pas adhéré à un DPTAM applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable).
  Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient, comme par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin ;
- le médecin conventionné de secteur 1 ou 2 ayant adhéré à un DPTAM pratique des honoraires libres dans des limites fixées contractuellement avec l'Assurance Maladie ;
- le médecin conventionné de secteur 2 n'ayant pas adhéré à un DPTAM pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires avec « tact et mesure ».

Les professionnels de santé ont l'obligation d'afficher « de manière lisible et visible dans leur salle d'attente » leur secteur d'activité, leurs honoraires et le montant d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées. Les médecins de secteur 2 doivent « donner préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'ils comptent pratiquer ».

Dans tous les cas, les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie obligatoire, mais peuvent être pris en charge par l'Assurance Maladie complémentaire.

Soins de suite ou de réadaptation (SSR)

Ce sont les soins nécessaires à votre rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale en moyen séjour.

Soins inopinés

Les soins inopinés sont les soins dispensés à l'étranger qui n'ont pas été programmés et donnant lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie. Les conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie des soins dispensés à l'étranger sont précisées dans les articles R160-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Souscripteur (Vous)

Personne signataire du contrat. Elle peut ne pas être bénéficiaire.

Structure médicale

Structure publique ou privée adaptée à chaque cas particulier et définie par l'équipe médicale de l'Assistance AXA.

SwissDRG

Tarif conventionnel suisse utilisé pour la tarification des actes réalisés dans le cadre d'une hospitalisation de plus d'une nuit.

Tarif d'autorité (TA), tarif de convention (TC) et tarif de responsabilité (TR)

Voir « Base de remboursement (BR) de l'Assurance Maladie ».

Télétransmission

La télétransmission est l'envoi informatisé des feuilles de soins et des décomptes de santé entre les partenaires de Santé. Cela peut-être :

- la télétransmission du prestataire de santé (médecin, pharmacien, laboratoire, etc.) vers l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie ;
- la télétransmission entre l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie et l'organisme gestionnaire de votre complémentaire santé. Dans ce cas votre décompte d'Assurance Maladie intègre la mention « le double est transmis à votre organisme complémentaire ».

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement (BR) de l'Assurance Maladie et ce que l'Assurance Maladie vous rembourse réellement (avant déduction de la participation forfaitaire ou d'une franchise restant à la charge de l'assuré).

Le ticket modérateur reste à la charge, soit de la complémentaire santé soit de l'assuré selon la formule souscrite.

Par ailleurs, les potentiels dépassements d'honoraires peuvent générer du reste à charge supplémentaire selon la formule souscrite.

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 dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)…

Le ticket modérateur peut être remplacé par une participation forfaitaire pour certains actes dits « lourds » (elle est fixée à 32 €).

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

Tiers payant

Le dispositif du « tiers payant » permet à l'assuré de ne pas avancer les frais lors d'une consultation ou d'une prestation de santé. Lorsqu'il peut s'appliquer, c'est l'organisme d'assurance (Assurance Maladie ou complémentaire santé) qui règle directement le professionnel de santé, en totalité ou en partie, selon la couverture. Ainsi, ce mécanisme facilite l'accès aux soins.

Titre de transport

Dans le cadre des transports publics de voyageurs, il désigne le document qui permet à l'assuré de justifier du paiement du transport.

Travailleurs non-salariés

Ce sont les personnes qui exercent une activité professionnelle de manière indépendante, sans être salariées d'une entreprise. Il s'agit notamment des artisans, commerçants, professions libérales, indépendants, exploitants agricoles, et certains professions indépendantes.

Valorisée (au sujet d'une garantie)

Lorsqu'il est précisé que la garantie doit être « valorisée » (en plus d'être « mentionnée ») dans le tableau de garanties de vos Conditions particulières, cela implique que cette mention doit être accompagnée :

- d'une valeur numérique, en euro (€) ou en pourcentage (%) de la base de remboursement (BR) de l'Assurance Maladie ;
- ou de frais réels ;
- ou d'une grille optique.

À contrario la mention « Non pris en charge » signifie que la garantie n'est pas acquise.

Véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH)

Fauteuils roulants non modulaires, à assise rigide ou non, à propulsion manuelle ou à pousser.

Fauteuils roulants modulaires, à propulsion manuelle ou à pousser ou électriques.

Verres complexes

Verres unifocaux dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries.

Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries.

Verres unifocaux dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie.

Verres unifocaux dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries.

Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries.

Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre –8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres simples

Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries.

Verre unifocaux dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

Verre unifocaux dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres très complexes (pour les équipements adultes uniquement)

Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries.

Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries.

Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie.

Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Votre interlocuteur AXA

Votre Association **ANPERE**

Avec ce contrat, vous adhérez à ANPERE (Association Nationale pour la Prévoyance et l'Épargne et la Retraite - 1 600 000 adhérents).
Vous bénéficiez des atouts du contrat associatif :
+ d'informations régulières
+ d'avantages exclusifs
Pour en savoir plus : **anpere.fr**



Vos **services en ligne**

Gagnez du temps en utilisant votre Espace Client sur **axa.fr** ou **l'appli Mon AXA**

AXA vous répond sur :

AXA France Vie. Société anonyme au capital de 487 725 073,50 € - Immatriculée au registre du commerce et des sociétés sous le numéro 310 499 959 RCS Nanterre • **AXA Assurances Vie Mutuelle.** Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 • **AXA France IARD.** Société anonyme au capital de 214 799 030 € - Immatriculée au registre du commerce et des sociétés sous le numéro 722 057 460 RCS Nanterre • **AXA Assurances IARD Mutuelle.** Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des assurances** • **AXA Assistance France.** Société anonyme de droit français au capital de de 43 723 694 euros, immatriculée au RCS de Nanterre sous le N° 311 338 339, N° TVA intracommunautaire FR 89 311 338 339, IDU N° FR322155_01UWGT, et dont le siège est situé 8-10 Rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff • **ANPERE** (Association Nationale pour la Prévoyance l'Epargne et la Retraite), association à but non lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901, enregistrée au Répertoire National des Associations sous le numéro W751090757, JO n°26 du 28 juin 1989, SIREN : 489 796 946 - Siège social : 6 boulevard de Pesaro - 92000 Nanterre.

Réf. 975005 10 2026 - N° IDU : FR232655_01GSTX -