



SARL STE ACCOMPAGN'AGE

LE 17 JUILLET 2021

VOS RÉFÉRENCES

**Document à conserver**

Votre contrat  
n° 2509148760

Nom produit  
**Adaptalia Entreprises Santé**

Formule  
**First**

Groupe assuré  
**Non cadres définis dans le  
dispositif d'entreprise**

Structure de cotisation  
**Salarié seul**

Date d'effet au  
**01/01/2021**

Votre **Espace Client**

Retrouvez l'ensemble  
de vos services en ligne  
sur [axa.fr](http://axa.fr)



## NOTICE D'INFORMATION

### Votre contrat de complémentaire Santé



Votre employeur, la société SARL STE ACCOMPAGN'AGE, a souscrit un contrat frais de santé collective référencé au numéro 2509148760.

Il est constitué d'un régime de base obligatoire.

Le groupe assuré par ce contrat est le suivant : Non cadres définis dans le dispositif d'entreprise.

Cette notice a pour but de vous informer des termes du contrat frais de santé collective à adhésion obligatoire que votre employeur a conclu avec nous.

Le contrat frais de santé collective souscrit par votre employeur prend effet le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

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

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

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le chapitre « Définitions ».

# SOMMAIRE

---

## BIEN COMPRENDRE VOTRE CONTRAT

Chapitre	Page
<b>1. VOS GARANTIES EN DÉTAIL.....</b>	<b>4</b>
<b>2. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX BÉNÉFICIAIRES.....</b>	<b>9</b>
2.1 Les bénéficiaires de la garantie.....	9
2.2 Les conditions d'adhésion au régime de base.....	9
<b>3. LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ.....</b>	<b>10</b>
3.1 Nos remboursements de la garantie Frais de santé.....	10
3.2 Les documents nécessaires à votre remboursement.....	13
<b>4. PROTECTION SANTÉ.....</b>	<b>16</b>
4.1 Bien-Être et Prévention.....	16
4.1.1 Le bien-être au quotidien : My Easy santé.....	16
4.2 Santé au quotidien.....	16
4.2.1 Téléconsultation.....	16
4.2.2 Assistant Personnel de Santé.....	16
4.2.3 Les réseaux professionnels de santé Itelis.....	17
4.3 Accompagnement dans les moments difficiles.....	17
4.3.1 Pour préparer son hospitalisation : Hospiway d'Itelis.....	17
4.3.2 Les services d'assistance ADAPTALIA.....	17
4.3.2.1 Pendant l'hospitalisation ou l'immobilisation.....	17
4.3.2.2 Après l'hospitalisation ou l'immobilisation.....	18
4.3.2.3 Assistance en cas de grossesse ou séjour en maternité.....	18
4.3.2.4 Assistance en cas de maladies graves.....	19
4.3.2.5 Assistance en cas de déplacement à plus de 50 km du domicile.....	23
4.3.2.6 Mise en œuvre des services d'assistance.....	23
<b>5. LES MAINTIENS DE GARANTIE DONT VOUS BÉNÉFICIEZ.....</b>	<b>25</b>
5.1 Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.....	25
5.2 Maintien des garanties conforme à l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989.....	25
<b>6. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE CONTRAT.....</b>	<b>27</b>
6.1 La prescription.....	27

6.2 L'utilisation des données à caractère personnel.....	28
6.3 Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale.....	28
6.4 Nous contacter.....	29
<b>7. DÉFINITIONS.....</b>	<b>30</b>
7.1 Définitions générales à votre contrat.....	30
7.2 Définitions applicables aux services d'assistance.....	38

# 1. VOS GARANTIES EN DÉTAIL

Nous vous présentons ci-dessous les montants et niveaux remboursés par AXA au titre du contrat socle obligatoire.

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

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

L'assuré bénéficie du tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

	<b>Base</b>
	Responsable
	en complément des remboursements de la Sécurité sociale
<b>Soins Courants</b>	
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultation ou visite d'un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100% BR - MR
Consultation ou visite d'un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100% BR - MR
Actes techniques médicaux, et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100% BR - MR
Actes techniques médicaux, et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100% BR - MR
<b>Imagerie médicale</b>	
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100% BR - MR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100% BR - MR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR - MR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	100% BR - MR
<b>Médicaments</b>	
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 65%	100% BR - MR
Médicaments homéopathiques prescrits figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (par an et par bénéficiaire)	60 euros
Garanties supplémentaires en cas d'affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique : Médicaments (hors homéopathie) prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (forfait global par année civile)	50 euros
<b>Matériel médical</b>	
Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR - MR

	<b>Base</b>
	Responsable
	en complément des remboursements de la Sécurité sociale
Garanties supplémentaires en cas d'affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique : prothèses capillaires prescrites (forfait global par année civile)	100 euros
Garanties supplémentaires en cas d'affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique : lingerie post-mastectomie prescrite (forfait global par année civile)	50 euros
<b>Médecines non conventionnelles</b>	
Médecine douce réalisée par un praticien disposant d'un numéro ADELI, RPPS ou FINESS (par année civile) - Spécialités prises en charge: Acupuncteur, Chiropracteur, Diététicien, Ergothérapeute, Homéopathe, Hypnothérapeute, Nutritionniste, Ostéopathe, Pédicure – Podologue, Tabacologue, Psychomotricien, Psychologue, Kinésithérapeute, Naturopathe, Phytothérapeute, Psychanalyste, Sophrologue, Microkinésithérapie, dans la limite de 1 séance	30 euros
Garanties supplémentaires en cas d'affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique : médecine douce réalisée par un praticien disposant d'un numéro ADELI, RPPS ou FINESS (forfait global par année civile) - dans la limite de 1 séance par bénéficiaire	30 euros
<b>Autres postes</b>	
Frais de Transports	100% BR - MR
<b>Prévention</b>	
Tout acte de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale - Remboursement minimum sinon remboursement selon le poste auquel il est rattaché	100% BR - MR
Bilan Dyslexique réalisé par un orthophoniste	100% BR - MR
Consultation d'un enfant de moins de 12 ans chez un diététicien, prescrite par un médecin - cette garantie intervient une fois dans la vie du contrat	1,25% PMSS
Test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (Test HPV), dans la limite d'une prise en charge tous les 3 ans	100% BR - MR
Médicaments et produits à base de nicotine, non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans un but de sevrage tabagique, avec autorisation de mise sur le marché ou norme Afnor, par année civile	30 euros
Les séances d'activité physique prescrites et adaptées aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique. 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 D1172-2 du Code de la santé publique, par année civile	200 euros
Connecteurs Bluetooth pour stylos à insuline ou pour glucomètre, prescrit par un médecin - cette garantie intervient une fois dans la vie du contrat	100 euros
<b>My Easy Santé</b>	
Le programme de prévention digital My Easy Santé vous aide à préserver, améliorer votre santé au quotidien et réduire vos facteurs de risque.	Oui
<b>Téléconsultation</b>	
La Téléconsultation Médicale permet aux salariés de consulter un médecin par téléphone ou vidéo 24/7. Numéro de téléphone sans surcoût Depuis la France : 36 33 / Depuis l'étranger : +33 1 55 92 27 54	Oui

	<b>Base</b>
	Responsable
	en complément des remboursements de la Sécurité sociale
<b>Hospitalisation (y compris frais de maternité)</b>	
<b>Frais de séjour</b>	
Frais de séjour dans un établissement conventionné	100% BR - MR
Frais de séjour dans un établissement non conventionné	100% BR - MR
<b>Honoraires</b>	
Médecins adhérents à l'un des DPTAM	100% BR - MR
Médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100% BR - MR
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	100% frais réels
<b>Forfait actes lourds</b>	100% forfait
<b>Hospiway</b>	
<p>Pour préparer au mieux votre hospitalisation ou celle d'un proche, le service Hospiway vous permet de faire une recherche d'établissement parmi 200 pathologies sur la zone géographique souhaitée. Les données sont issues des 20 millions d'hospitalisations en France, à la fois lourdes et fréquentes.</p>	Oui
<b>Aides Auditives</b>	
<b>Aides auditives</b>	
Equipement 100% Santé	100% PLV - MR
Equipement à tarif libre de classe 2 pour les adultes	400 euros - MR
Equipement à tarif libre de classe 2 pour les enfants	1400 euros - MR
<p>Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.</p>	
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR - MR
<b>Dentaire</b>	
<b>Soins et prothèses 100% Santé</b>	100% PLV - MR
<b>Soins (hors 100% Santé)</b>	
<p>Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie pris en charge par la Sécurité sociale - dans la limite des dispositions conventionnelles en vigueur</p>	100% FR - MR
<b>Prothèses (hors 100% Santé)</b>	
<p>Prothèses à tarifs limités - dans la limite de 100% PLV-MR</p>	125% BR - MR
Prothèses à tarifs libres	125% BR - MR
<b>Orthodontie</b>	
Orthodontie prise en charge	125% BR - MR
<b>Optique</b>	
<b>Verres et monture</b>	
Equipements 100 % Santé	100% PLV - MR
Equipements à tarif libre avec des Verres Simples	100 euros - MR

	<b>Base</b>
	Responsable
	en complément des remboursements de la Sécurité sociale
Equipements à tarif libre avec des Verres Complexes	200 euros - MR
Equipements à tarif libre avec des Verres Très complexes	200 euros - MR
dont un remboursement de la monture à tarif libre (Classe B) limité à :	100 euros - MR
<p>Nous limitons notre prise en charge à 1 monture et 2 verres tous les deux ans à compter de la date de délivrance de l'équipement précédent; à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue : la modification de correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans. Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe.</p>	
<p>Verres simples: Avec verres uni-focaux Sphère entre -6 et 6 Sphérocyllindrique entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4 Sphérocyllindrique &gt; 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 6 Verres complexes : Avec verres uni-focaux, Sphère hors zone -6 et 6 Sphérocyllindrique entre -6 et 0 et Cylindre &gt; 4 Sphérocyllindrique inf -6 et Cylindre sup = 0,25 Sphérocyllindrique &gt; 0 et (Sphère + Cylindre) &gt; 6 Avec verres multifocaux Sphère entre -4 et 4 Sphérocyllindrique entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4 Sphérocyllindrique &gt; 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 8 Verres très complexes : Avec verres multifocaux Sphère hors zone -4 et 4 Sphérocyllindrique entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4 Sphérocyllindrique &lt; -8 et Cylindre sup = 0,25 Sphérocyllindrique &gt; 0 et (Sphère + Cylindre) &gt; 8</p>	
<b>Autres postes Optique</b>	
Lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables)	100% BR - MR
<b>Itelis</b>	
Le Réseau Itelis permet aux assurés d'avoir accès à des soins de qualité, en protégeant leur budget.	Oui

## Comprendre les abréviations de votre tableau de garanties

- DPTAM** Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.
- PMSS** Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale française.
- BR** Base de remboursement : Tarif servant de référence à la Sécurité sociale française pour déterminer le montant de son remboursement.
- MR** Montant Remboursé par la Sécurité sociale française.
- TM** Ticket modérateur est égal à la Base de Remboursement (BR) – Montant Remboursé (MR) par la Sécurité sociale française, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.
- BR-MR** Base de Remboursement (BR) – Montant Remboursé (MR) par la Sécurité sociale française, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.
- FR-SS** Frais Réel – Remboursement de la Sécurité sociale française (SS) : cela signifie que la garantie couvre la totalité des dépenses engagées par l'assuré, à l'exception de la part remboursée par la Sécurité sociale française.

**Euros** Montant remboursé par la Complémentaire santé sous la forme d'un forfait en euros.

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

## Définitions 100% Santé

### Dentaire

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

**Prothèses à tarifs limités** : Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (**Prix Limite de Vente : PLV**) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale française (**MR**).

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

### Aides auditives

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

### Optique

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

En cas d'équipement mixte 100 % santé et à tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100 % santé.

## 2. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX BÉNÉFICIAIRES

---

### 2.1 Les bénéficiaires de la garantie

Vous bénéficiez de la garantie.

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

Pour vous, assuré

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

- Vous appartenez au groupe assuré,
- Vous êtes affilié à la Sécurité sociale française,
- Vous bénéficiez d'un contrat de travail en vigueur.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie, accueil de l'enfant ou accident (avec ou sans indemnisation du souscripteur), ou pour une autre cause avec indemnisation du souscripteur bénéficient des garanties du présent contrat. La notion d'accueil de l'enfant renvoie aux congés de maternité (article L 1225-17 du Code du travail), de paternité et d'accueil de l'enfant (article L1225-35 du Code du travail).

Les mandataires sociaux cumulant un contrat de travail avec leur mandat ou les mandataires sociaux assimilés salariés au sens du Code de la Sécurité sociale bénéficient du présent contrat s'ils appartiennent au groupe assuré, dans les conditions et limites qui leur sont applicables aux termes des dispositions du Code de la Sécurité sociale et du Code du commerce. Le respect des dispositions légales et éventuellement réglementaires régissant l'octroi des avantages de prévoyance aux mandataires sociaux salariés ou assimilés salariés relève de la seule responsabilité de votre employeur).

### La durée de la garantie

#### Le début de la garantie

Vous bénéficiez de notre garantie :

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

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

#### La fin de la garantie

Vous cessez de bénéficier de la garantie dès :

- Que vous sortez du groupe assuré,
- Que votre contrat de travail est rompu, sauf en cas de maintien tel que prévu au chapitre "Les maintiens de garantie dont vous bénéficiez",
- L'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf si vous bénéficiez du dispositif de cumul emploi retraite, ou l'attribution de la pension pour inaptitude au travail,
- La résiliation de ce contrat.

Nous suspendons notre garantie si votre contrat de travail est suspendu sans indemnisation de votre employeur, pour une raison autre que maladie, accueil de l'enfant ou accident.

### 3. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

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

Les prestations de remboursement des frais de santé ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables de la situation du bénéficiaire, pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L131-2 du Code des assurances).

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

##### Contrat « responsable »

Votre contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale et conforme aux dispositions de la réforme du « 100% santé », instituée par la Loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019. En conséquence :

##### ■ Il prend en charge :

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

##### ■ Il ne prend pas en charge :

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

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

En outre, le présent contrat :

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

##### Les frais que nous prenons en charge

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

Ainsi, nous prenons en charge les frais engagés par les bénéficiaires si les garanties sont présentées dans l'article « Vos garanties en détail » et selon les règles énoncées ci-après :

## HOSPITALISATION

- Frais de séjour, y compris les produits de la LPP (Liste des Produits et Prestations) facturables et les spécialités pharmaceutiques,
- Honoraires médicaux et chirurgicaux,
- Forfait journalier hospitalier,
- Forfait actes lourds.

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

L'indemnisation :

- Des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation,
  - Des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale,
- est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà, nous garantissons le ticket modérateur.

## SOINS COURANTS

- Honoraires médicaux des médecins généralistes et spécialistes pour les actes et prestations réalisés (consultations et visites, actes techniques, actes de chirurgie),
- Imagerie médicale (radiographies, actes d'imagerie, échographies et dopplers...),
- Analyses et examens de laboratoire (analyses biologiques),
- Honoraires paramédicaux des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes) pour les actes et prestations réalisés (consultations, actes techniques, ...),
- Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale correspondant à l'ensemble des **spécialités** remboursables inscrites à la liste mentionnée à l'article L 162-17 du code de la Sécurité sociale),
- Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, y compris les médicaments homéopathiques, médicalement prescrits, figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM),
- Matériel médical au sens de l'article L 5211-1 du code de la Santé publique, et les produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L 165-1 du code de la Sécurité sociale (appareillages, prothèses et prestations diverses pris en charge par la Sécurité sociale),
- Maternité ou adoption,
- Médecine non conventionnelle pour les prestations effectuées par un praticien disposant d'un numéro ADELI ou RPPS (professionnels de santé) ou FINESS (établissements sanitaires ou sociaux),
- Frais de transport,
- Cures thermales avec les frais médicaux, les frais de séjour et les frais de transport pour la même durée que celle prise en charge par la Sécurité sociale.

## SOINS COURANTS - PRÉVENTION

- Tout acte de prévention pris en charge par la Sécurité sociale,
- Substituts nicotiniques, tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique avec une autorisation de mise sur le marché ou une norme Afnor,
- Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché (AMM),
- Séances d'activité en cas de d'affection longue durée. 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.

## AIDES AUDITIVES

Dispositifs médicaux visant à compenser une perte auditive inscrits à la nomenclature et pris en charge par la Sécurité sociale.

## DENTAIRE

- Consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale,
- Soins et prothèses fixes, et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations) pris en charge par la Sécurité sociale,
- Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale,
- Actes non pris en charge par la Sécurité sociale tels que décrits au chapitre Actes thérapeutiques sur le parodonte de la CCAM dentaire.

## OPTIQUE

Dispositifs médicaux et prestations relatifs à l'optique (verres, monture, lentilles de contact...) inscrits à la nomenclature et pris en charge par la Sécurité sociale.

## EXCLUSION

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

## 3.2 Les documents nécessaires à votre remboursement

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

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE
<b>HOSPITALISATION</b>	
	<p>Selon la facturation dont relève l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,</li> <li>■ L'original de la facture,</li> <li>■ L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement</li> </ul> <p>Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires ou pièces numérisées.</p>
<b>SOINS COURANTS</b>	
Soins courants, médicaments et matériel médical pris en charge par la Sécurité sociale	L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée
Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, y compris les médicaments homéopathiques, et prescrits par un médecin	La prescription médicale et l'original de la facture ou pièces numérisées
Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, y compris les médicaments homéopathiques, et prescrits par un médecin en cas d'affection de longue durée	La prescription médicale bizona et l'original de la facture ou pièces numérisées
Matériel médical en cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale	L'original du décompte de la Sécurité sociale et la facture détaillée ou pièces numérisées
Matériel médical pour une garantie complémentaire en cas d'affection de longue durée	La prescription médicale bizona ou une attestation du médecin traitant indiquant une reconnaissance de l'affection de longue durée, l'original du décompte de la Sécurité sociale et la facture détaillée ou pièces numérisées
Maternité	Une copie de l'acte de naissance de l'enfant
Adoption	Une copie du jugement d'adoption plénière
Médecine non conventionnelle	L'original de la facture avec le n° ADELI, le n° RPPS ou le n° FINESS du praticien, et pour les garanties complémentaires en cas d'affection de longue durée, la prescription médicale bizona ou une attestation du médecin traitant indiquant une reconnaissance de l'affection de longue durée ou pièces numérisées
Frais de transport	L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée
Cures thermales	L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée L'original des factures
Obsèques	Une copie de l'acte de décès et la facture détaillée des frais d'obsèques
<b>SOINS COURANTS - PRÉVENTION</b>	
Actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale	L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée

Actes de prévention non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin	La prescription médicale et l'original de la facture ou pièces numérisées
Séances d'activité physique en cas d'ALD	La prescription du médecin traitant mentionnant « Activité physique adaptée » et l'original de la facture.
Connecteur Bluetooth pour stylos à insuline ou pour glucomètre, prescrit par un médecin	La prescription médicale et l'original de la facture ou pièces numérisées
<b>AIDES AUDITIVES</b>	
Prothèses auditives et accessoires auditifs	L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée
En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale	La facture détaillée
Pour les dispositifs achetés au sein du réseau partenaires	Une demande de prise en charge
<b>DENTAIRE</b>	
Soins et actes dentaires	L'original du décompte de la Sécurité sociale
Pour les prothèses ou actes de parodontologie	L'original de la facture détaillée de tous les actes mentionnant en particulier le numéro des dents soignées
Pour les actes inférieurs à 800 euros et à 2000 euros pour les implants	Les pièces numérisées sont acceptées
Pour les actes effectués dans le réseau des partenaires	Une demande de prise en charge
<b>OPTIQUE</b>	
Équipements optiques	L'original du décompte de la Sécurité sociale
Pour les lunettes ou l'implant intraoculaire multifocal	L'original de la facture mentionnant la correction visuelle et le type de verre
Pour les dispositifs achetés au sein du réseau de partenaires	Une demande de prise en charge
Pour les lentilles	L'original de la prescription médicale datant de moins de 2 ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) pour les lentilles qui ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale et l'original de la facture.
Pour l'opération de l'œil	L'original de la facture
Pour les actes inférieurs à 600 euros et à 300 euros pour les lentilles	Les pièces numérisées sont acceptées

#### **Quelques informations supplémentaires :**

Nous conserverons les pièces justificatives transmises.

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

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

Nous pouvons vous demander, si besoin, toute autre pièce ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de la garantie et, notamment en cas de couverture de vos ayants droit, la preuve de leur qualité.

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

## 4. PROTECTION SANTÉ

---

AXA, votre partenaire santé et prévoyance, vous accompagne avec des services innovants et de qualité.

En agissant au-delà des remboursements que nous devons, nous contribuons à votre bien-être.

Notre écoute, notre savoir-faire d'assureur et notre capacité d'innovation nous permettent d'être à vos côtés à chaque étape de votre vie.

Vous trouverez ci-dessous les services que nous mettons à votre disposition pour améliorer votre santé au quotidien, votre bien-être ou encore pour vous accompagner dans les moments difficiles, à travers des procédures régulièrement simplifiées.

À chaque instant, en toute simplicité, nous prenons soin de vous.

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

### 4.1 Bien-Être et Prévention

#### 4.1.1 Le bien-être au quotidien : My Easy santé

Le programme de prévention santé My Easy Santé permet de préserver et d'améliorer sa santé au quotidien via l'accès à des tests santé, des actualités et des coachings.

Le programme est disponible via l'application My Easy Santé ou sur le site [myeasysanté.fr](http://myeasysanté.fr).

### 4.2 Santé au quotidien

#### 4.2.1 Téléconsultation

La téléconsultation est une consultation médicale par téléphone ou par vidéo, assurée par un médecin inscrit à l'Ordre des Médecins.

Cette prestation est accessible 24h/24, 7j/7, partout dans le monde, et est réservée aux bénéficiaires AXA France. L'entretien est protégé par le secret médical.

Avec l'accord du patient, un compte-rendu est envoyé au médecin traitant, qui reste au centre du parcours de soin. S'il le juge nécessaire, une ordonnance peut être transmise au pharmacien choisi par le patient et avec son accord, partout dans l'Union européenne. Si une situation d'urgence est détectée, le patient est orienté vers un service d'urgence.

La prestation est autorisée par la CNIL et les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé et sont conservées 20 ans.

La téléconsultation AXA ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical ou renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré.

La cotisation correspondant à cette garantie est incluse dans le taux de cotisation du contrat, le service correspondant est compris dans les charges de prestations.

#### 4.2.2 Assistant Personnel de Santé

L'Assistant Personnel de Santé (APS) est un service dont la vocation est d'apporter des réponses documentées aux questions des bénéficiaires sur leur santé. Le service est animé, par chat ou téléphone, par une équipe médicale pluridisciplinaire. Il est ouvert aux questions posées par les bénéficiaires sur la santé de leurs proches.

### 4.2.3 Les réseaux professionnels de santé Itelis

Les réseaux de professionnels de santé Itelis permettent d'accéder à des soins de qualité à tarif négocié : optique, dentaire, audioprothèse, chirurgie réfractive, médecine douce.

Pour profiter des avantages des réseaux Itelis :

#### **Localiser le partenaire le plus proche :**

- Soit depuis l'Espace Client via le service de géolocalisation,
- Soit en appelant le numéro figurant sur l'attestation de tiers payant.

## 4.3 Accompagnement dans les moments difficiles

### 4.3.1 Pour préparer son hospitalisation : Hospiway d'Itelis

Hospiway d'Itelis est un service en ligne qui permet :

- D'accéder à un palmarès des hôpitaux en ligne, pour trouver l'hôpital adapté,
- D'évaluer les dépassements d'honoraire du chirurgien,
- De bénéficier de conseils pratiques pour préparer son hospitalisation.

### 4.3.2 Les services d'assistance ADAPTALIA

#### 4.3.2.1 Pendant l'hospitalisation ou l'immobilisation

##### **Assistance en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire ou d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours**

Pour chacune des prestations ci-dessous, seule une intervention par an est prise en charge. Au-delà d'une intervention par an, nous pouvons communiquer au bénéficiaire les coordonnées de prestataires qualifiés. Le coût du personnel qualifié reste alors à la charge du bénéficiaire.

##### **Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire**

Nous organisons et prenons en charge un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe pour un proche résidant en France pour qu'il puisse se rendre à son chevet pendant son immobilisation.

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

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

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

##### **Garde des enfants**

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

- Soit en permettant la venue d'un proche à son domicile,
- Soit en acheminant ses enfants au domicile d'un de ses proches,
- Soit en confiant la garde des enfants à son domicile à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, la personne s'occupe aussi de les accompagner à l'école. Les frais engagés pour ces trajets du domicile à l'école sont pris en charge jusqu'à 75 € maximum par hospitalisation ou immobilisation.

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

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

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

## **Aide-ménagère à domicile**

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère à domicile, soit pendant la durée de l'hospitalisation, soit dès le retour au domicile, ou pendant l'immobilisation à domicile, pour assurer les tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire doit nous en faire la demande dans les 8 jours suivant son hospitalisation.

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

### **4.3.2.2 Après l'hospitalisation ou l'immobilisation**

#### **Garde malade**

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une garde malade dès le retour au domicile. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire doit nous en faire la demande dans les 8 jours suivant son hospitalisation.

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

#### **Soutien scolaire**

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

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

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

Ces cours sont dispensés à partir du 16e jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

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

### **4.3.2.3 Assistance en cas de grossesse ou séjour en maternité**

#### **Informations maternité**

Notre équipe médicale communique au bénéficiaire des informations et conseils médicaux en puériculture. Elle donne tout renseignement d'ordre général.

Selon les cas, nous devons nous documenter ou effectuer des recherches et rappeler le bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements nécessaires.

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

- Habitation (acquisition, construction, financement, bail, congés, aide au logement),
- Impôts (fiscalité, calcul de l'impôt),
- Assurance vie,
- La famille : la grossesse et la naissance, l'adoption, l'éducation des enfants, prévoir sa succession, les handicaps,
- Les prestations familiales (allocations familiales, allocations logement, allocations de naissance, aide à la garde d'enfant, complément familial, allocation de parent isolé), les congés parentaux, l'assurance maternité du régime général, la protection de la femme enceinte, les établissements maternels,

- L'information administrative et sociale : les congés parentaux, le congé maternité, le congé paternel, les allocations familiales, les allocations spécifiques de la CAF, allocation de soutien familial, allocation de parent isolé, les diverses prestations, la prestation d'accueil du jeune enfant, les primes à la naissance, le cumul des primes, la durée légale des congés de maternité, la Sécurité sociale et indemnités journalières, l'incidence fiscale en fonction du statut matrimonial,
- L'information médicale et paramédicale : la grossesse (les consultations obligatoires, les 3 échographies, la péridurale, l'épisiotomie, la radiopelvimétrie, l'amniocentèse, la choriocentèse, la grossesse extra-utérine, le placenta prævia, la toxoplasmose, le facteur rhésus et incompatibilité materno-foetal, la rubéole), l'accouchement (les signes précurseurs, la césarienne, l'accouchement après terme), le nourrisson (évolution et développement (sommeil, tonus, préhension, etc...) développement psychomoteur et affectif du nourrisson, les maladies du nourrisson (érythèmes, méningite, bronchiolite, etc...), la dentition, les maladies du nourrisson.

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

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

### **Présence d'un proche**

En cas de séjour en maternité supérieur à 5 jours, nous organisons et prenons en charge un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe pour un proche résidant en France afin de se rendre au chevet du bénéficiaire durant son immobilisation.

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

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

**Cette garantie est accordée si aucun membre de la famille du bénéficiaire ne se trouve dans un rayon de 50 km de son lieu de domicile.**

### **Aide à domicile**

En cas de naissance multiple ou de grossesse pathologique, à la demande du bénéficiaire, nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide à domicile soit pendant son séjour en maternité, et ce dès le premier jour, pour aider les autres membres de sa famille, soit à son retour au domicile. L'aide à domicile aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes (ménage, achats quotidiens, préparation des repas).

Nous prenons en charge 10 heures maximum dans les 30 jours suivant la date d'entrée à la maternité avec un minimum de 2 heures consécutives par jour.

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

### **4.3.2.4 Assistance en cas de maladies graves**

#### **DÉFINITIONS GÉNÉRALES**

#### **Maladies Graves**

Les **Maladies Graves** prises en charge dans le cadre de la présente garantie sont les suivantes :

- **Cancer,**
- **Accident Vasculaire Cérébral,**
- **Crise cardiaque (infarctus du myocarde),**
- **Maladie de Parkinson,**
- **Insuffisance rénale (maladie rénale en phase terminale),**
- **Transplantation d'organes majeure,**
- **Sclérose en plaques.**

## Cancer

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommé « **Cancer** » le premier diagnostic sans équivoque de toute tumeur maligne caractérisée par la croissance incontrôlée des cellules malignes et l'invasion des tissus.

Pour la définition ci-dessus, les éléments suivants sont exclus :

- Toutes les tumeurs qui sont classées histologiquement comme bénignes, carcinomes in situ, pré-malignes, non invasives, présentant une malignité limite ou présentant un faible potentiel malin,
- Les tumeurs traitées par endoscopie seule et les tumeurs de la vessie qui n'ont pas envahi la couche musculaire (Tis et Ta),
- Tumeurs de la peau à l'exception du mélanome malin supérieur à 0,7 mm Breslow et / ou histologiquement décrit par la classification TNM AJCC septième édition supérieure au stade T1aN0M0,
- Toutes les tumeurs de la prostate, sauf si elles sont classées histologiquement comme ayant un score de Gleason supérieur à 6 ou ayant atteint au moins la classification clinique TNM T2N0M0,
- Tumeur thyroïdienne à un stade précoce, mesurant moins de 2 cm de diamètre et décrite histologiquement comme étant T1N0M0 d'après la classification TNM de la septième édition de l'AJCC,
- Leucémie lymphoïde chronique, sauf si histologiquement classée comme ayant progressé au moins au stade Binet A.

Le diagnostic de la maladie doit être étayé par des preuves histologiques de malignité établies pendant la période de garantie et confirmé par un oncologue, un hématologue ou un anatomo-cytopathologiste.

## Accident Vasculaire Cérébral

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommée « **AVC** » la nécrose du tissu cérébral causée par une hémorragie, une embolie ou une thrombose, entraînant un déficit neurologique permanent accompagné de symptômes cliniques persistants.

Il doit y avoir des anomalies claires et évidentes des fonctions sensorielles ou motrices lors de l'examen physique effectué par un neurologue. L'incident doit être démontré par une imagerie par résonance magnétique (IRM) ou une tomographie informatisée (CT).

Les éléments suivants sont exclus :

- Accident ischémique transitoire,
- Dommages aux tissus cérébraux causés par une blessure à la tête.

## Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommée « **Crise cardiaque (infarctus du myocarde)** » la nécrose du muscle cardiaque due à un apport sanguin inadéquat ayant entraîné TOUS les signes d'infarctus aigu du myocarde suivants :

- Nouveaux changements ischémiques typiques dans l'électrocardiogramme : nouveaux changements de ST-T ou nouveau bloc de branche gauche ou nouvelles ondes Q pathologiques ;
- L'augmentation caractéristique des biomarqueurs cardiaques ou des troponines enregistrés aux niveaux suivants ou supérieurs :
  1. Troponine T > 0,2 ng / ml
  2. AccuTnl > 0,5 ng / ml
- Les résultats caractéristiques aux examens suivants :
  1. Scintigraphie myocardique
  2. Coronarographie ou coroscanner

Pour la définition ci-dessus, les éléments suivants ne sont pas couverts :

- Autres syndromes coronariens aigus,
- Angine de poitrine sans infarctus du myocarde.

## **Maladie de Parkinson**

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommé « **Maladie de Parkinson** » le diagnostic sans équivoque de la maladie de Parkinson par un neurologue, basé sur des signes définitifs d'atteinte neurologique progressive et permanente, notamment des tremblements, une rigidité musculaire, une hypokinésie et une instabilité posturale.

Les autres formes de parkinsonisme, qu'elles soient liées à des médicaments, à des toxines ou à d'autres maladies neurodégénératives, sont spécifiquement exclues.

## **Insuffisance rénale (maladie rénale en phase terminale)**

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommée « **Insuffisance rénale (maladie rénale en phase terminale)** » une insuffisance chronique irréversible des deux reins nécessitant une dialyse rénale permanente ou une transplantation rénale.

## **Transplantation d'organes majeure**

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommée « **Transplantation d'organes majeure** » lorsque l'assuré bénéficie en tant que receveur d'une greffe de l'un des organes suivants : cœur, poumon, foie, pancréas, rein ou moelle osseuse (en utilisant des cellules souches hématopoïétiques précédées d'une irradiation totale de la moelle osseuse).

La transplantation de tout autre organe, partie d'organe, tissu ou cellule est exclue.

## **Sclérose en plaques**

Le diagnostic de la « **Sclérose en Plaques** » doit être sans équivoque.

Il doit exister une altération clinique actuelle de la fonction motrice ou sensorielle, qui doit persister pendant une période continue d'au moins 6 mois.

Le diagnostic repose sur des techniques d'imagerie médicale, l'analyse du liquide céphalo-rachidien et les potentiels évoqués.

## **Diagnostic**

Le diagnostic doit être réalisé par un médecin spécialiste régulièrement enregistré à l'Ordre des Médecins français, qui n'est pas l'Assuré ni un membre de sa famille directe.

Les critères permettant de diagnostiquer une maladie grave sont définis ci-dessus.

## **Toute maladie diagnostiquée d'une autre manière est exclue du champ d'application de ce contrat.**

Les conditions de prise en charge sont appréciées par le médecin conseil des assureurs, à partir des informations transmises. L'assureur se réserve le droit de demander tout document complémentaire nécessaire au diagnostic de la maladie.

## **LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE MALADIE GRAVE**

Le diagnostic d'une maladie grave pendant la période de garantie de l'assuré, telle que définie ci-dessus, ouvre droit aux prestations d'assistance suivantes.

En outre, les assurés qui débutent pendant leur période de garantie un protocole de chimiothérapie ou de radiothérapie, peuvent bénéficier des prestations ci-après sans attendre que le diagnostic d'une maladie grave soit établi selon les dispositions ci-dessus.

## **Ligne Infos Santé**

À tout moment, et sans attendre l'établissement d'un diagnostic, l'assuré a accès à une ligne téléphonique AXA Assistance dédiée (du lundi au vendredi, de 10h00 à 19h00), où il pourra obtenir des conseils dans les domaines suivants : nutrition, tabac, alcool, stress, activité physique.

## **Coaching psychologique**

A la demande de l'assuré atteint d'une maladie grave, AXA Assistance organise et prend en charge un coaching psychologique par téléphone avec un spécialiste, du lundi au vendredi, de 08h00 à 20h00, dans la limite de **deux entretiens de 30 minutes**.

L'assuré peut bénéficier de la prestation à **chaque premier diagnostic d'une maladie grave**.

## **Coaching diététique**

À la demande de l'assuré atteint d'une maladie grave, AXA Assistance organise et prend en charge un coaching diététique par téléphone avec un spécialiste, du lundi au vendredi, de 08h00 à 20h00, dans la limite d'**un entretien de 30 minutes**.

L'assuré peut bénéficier de la prestation **à chaque premier diagnostic d'une maladie grave**.

## **Accompagnement social**

Pour soutenir l'assuré atteint d'une maladie grave, AXA Assistance organise et prend en charge un accompagnement personnel par téléphone réalisé par un professionnel. Cet accompagnement est constitué d'une présentation des **aides sociales** et de l'orientation vers des **associations de patients**.

## **Aide à domicile**

Pour soutenir l'assuré atteint d'une maladie grave, et à la demande de l'assuré, AXA Assistance organise et met en œuvre les services suivants, dans la limite globale de **40h**.

## **Garde des enfants**

A la demande de l'assuré, AXA Assistance peut organiser et prendre en charge la garde des enfants de moins de 16 ans :

- Soit par la venue d'un proche au domicile de l'assuré ou par l'acheminement des enfants au domicile d'un des proches de l'assuré,  
Pour ouvrir droit à cette prestation, le domicile du proche de l'assuré doit être situé en France, tel que prévu dans les modalités d'intervention,
- Soit par la garde des enfants au domicile de l'assuré, confiée à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, la personne qualifiée s'occupe aussi de les accompagner à l'école.

Cette prestation est organisée et mise en œuvre avec un minimum de 2 heures consécutives, un maximum de 4 heures consécutives et dans la limite globale indiquée ci-dessus.

## **Les frais engagés pour ces trajets du domicile à l'école ne sont pas pris en charge.**

AXA Assistance intervient à la demande de l'assuré et ne peut pas être tenu pour responsable des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

## **Garde malade**

En cas d'hospitalisation de l'assuré, AXA Assistance recherche et prend en charge les services d'une garde malade dès le retour au domicile.

Pour bénéficier de cette prestation, l'assuré doit en faire la demande à AXA Assistance dans les huit jours suivant son hospitalisation.

Cette aide est limitée à la période de 20 jours suivant l'hospitalisation.

La durée de présence de la garde malade est fixée par l'équipe médicale d'AXA Assistance, en fonction des seuls critères médicaux. Cette prestation est organisée et mise en œuvre avec un minimum de 4 heures consécutives par jour et dans la limite globale indiquée ci-dessus.

## **Aide-ménagère**

A la demande de l'assuré, AXA Assistance peut organiser et prendre en charge une aide-ménagère pour assurer certaines tâches domestiques : ménage, achats quotidiens, préparation de repas.

Cette prestation est mise en œuvre après analyse de la situation de l'assuré, avec un minimum de 2 heures consécutives, un maximum de 4 heures consécutives et dans la limite globale indiquée ci-dessus.

## **Organisation de soins à domicile**

AXA Assistance met à la disposition de l'assuré atteint d'une maladie grave, un service de soins à domicile (infirmière, kinésithérapeute) sur présentation d'une prescription médicale de son médecin traitant.

## **Les frais de déplacement et honoraires du personnel soignant ainsi que les soins restent à la charge de l'assuré.**

**AXA Assistance ne peut être tenu pour responsable des conséquences d'éventuels retards, empêchements ou fautes du personnel médical contacté.**

## Organisation de services

À la demande de l'assuré atteint d'une maladie grave, AXA Assistance organise :

- L'accompagnement dans les déplacements sous réserve que son état permette ce déplacement (les moyens seront mis en œuvre en fonction de l'état de santé de l'assuré et du lieu de destination),
- La livraison de plateaux repas contenant des aliments reconnus pour leurs qualités nutritionnelles et si besoin compatibles avec des traitements médicaux spécifiques,
- Les autres services tels que : livraison de courses, service de pressing, coiffeur, personne de compagnie, petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie), petit jardinage, petit bricolage.

**Le coût du service organisé reste à la charge de l'assuré.**

### 4.3.2.5 Assistance en cas de déplacement à plus de 50 km du domicile

Si le bénéficiaire est victime d'une atteinte corporelle grave à plus de 50 km de son domicile, nous organisons et prenons en charge son rapatriement sanitaire par le moyen de transport de notre choix dès que son état de santé le permet.

La décision du rapatriement est prise en fonction des seuls impératifs médicaux.

Nous dirigeons alors le bénéficiaire :

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

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

Pour ouvrir droit à nos prestations, l'atteinte corporelle grave doit être constatée par une autorité médicale.

### 4.3.2.6 Mise en œuvre des services d'assistance

**Un point de contact unique pour toute demande :**

Pour la mise en place des services d'assistance, le bénéficiaire doit nous contacter au numéro figurant sur son attestation de tiers payant santé.

L'assuré sera invité à communiquer les renseignements suivants :

- Prénom et nom,
- Le numéro de convention d'assistance et le numéro du contrat d'assurance figurant sur la notice qui lui a été remise,
- La raison sociale de son employeur.

AXA Assistance attribuera alors un numéro de dossier qui permettra de suivre l'assuré et de lui fournir chacune de ses prestations.

### Traitement des demandes de prestations

Si besoin, AXA Assistance pourra poser des questions complémentaires à l'assuré.

Pour bénéficier des prestations suivantes :

- Le coaching psychologique,
- Le coaching diététique,
- L'accompagnement social,
- L'aide à domicile (garde des enfants, garde malade, aide-ménagère)
- L'organisation de soins à domicile,

L'assuré devra fournir préalablement :

- Des pièces médicales justifiant sa situation et, le cas échéant, permettant de prouver le diagnostic d'une maladie grave ouvrant droit à la présente garantie,
- Un justificatif d'appartenance à l'entreprise.

### **Résiliation**

En cas de résiliation du contrat d'assurance, AXA France Vie indiquera au souscripteur (qui devra en informer les salariés) les modalités de déclaration tardive dans le respect de la confidentialité médicale, sans intervention d'AXA Assistance.

### **Conditions spécifiques au bénéfice des prestations d'assistance**

Afin d'accompagner l'assuré, AXA Assistance met en œuvre les prestations d'assistance dans les limites et les conditions définies ci-dessous.

### **Les modalités de l'intervention**

Certains services font référence à la notion de domicile. Dans ce cas, le domicile est le lieu de résidence principale et habituelle de l'assuré. Pour ouvrir droit aux services d'assistance, le domicile doit être situé en France. Les principautés de Monaco et d'Andorre sont incluses ainsi que les Départements d'outre-mer.

### **Les limites des engagements**

L'organisation, par l'assuré lui-même ou par son entourage, de l'un des services d'assistance sans l'accord préalable d'AXA Assistance matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

AXA Assistance ne prend pas en charge et ne rembourse pas les frais de séjour (taxis, téléphone...) sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable de sa part, ni tout autre frais non prévu dans le présent titre.

La déclaration de l'ensemble des éléments d'information nécessaires à la mise en œuvre des services d'assistance est une obligation. Au cas où l'assuré ne la satisfait pas, il perd le bénéfice de ces garanties.

### **Seules les demandes d'assistance formulées pendant la période de garantie de l'assuré sont prises en compte.**

Les prestations d'assistance accordées avant la cessation de la garantie sont poursuivies jusqu'à leur terme.

### **La responsabilité d'AXA Assistance ne peut être engagée dans les cas suivants :**

- Le dommage professionnel ou commercial que l'assuré aurait subi lors de l'exécution d'un des services d'assistance,
- Le retard dans l'organisation du service prévu par la garantie ou l'impossibilité de le fournir pour cause de force majeure : guerres (civile ou étrangère), émeute, acte de terrorisme, restriction à la libre circulation des biens et des personnes, grève, accident nucléaire.

Axa Assistance ne peut pas se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

## 5. LES MAINTIENS DE GARANTIE DONT VOUS BÉNÉFICIEZ

---

### 5.1 Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage

#### Bénéficiaires du maintien

Nous maintenons les garanties du contrat aux anciens salariés appartenant au groupe assuré, en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les dispositions suivantes.

Peuvent bénéficier du présent maintien les anciens salariés qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

**Nous n'accordons pas le maintien :**

- En cas de licenciement pour faute lourde,
- Si les droits à couverture complémentaire n'étaient pas ouverts au salarié au jour de la rupture de son contrat de travail.

Le maintien demandé par l'ancien salarié s'applique à l'ensemble de ses ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues, si ces derniers étaient couverts au titre du présent contrat.

#### Formalités et durée du maintien

Nous maintenons les garanties du contrat à compter du lendemain de la rupture du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de 12 mois.

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

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

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

#### Modalités d'information

Il appartient au salarié de nous justifier directement ses droits à indemnisation du chômage pour bénéficier du présent maintien. Aussi, nous nous réservons la possibilité de conditionner le versement des prestations à la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage. Nous pouvons donc suspendre le versement des prestations jusqu'à ce qu'il nous transmette le justificatif demandé.

En tout état de cause, il s'engage à nous déclarer dans les meilleurs délais, sa reprise du travail ou la liquidation de ses droits à pension de retraite. À défaut, il s'expose au remboursement d'éventuelles sommes versées à tort.

#### Cotisation

Ce maintien de garantie est accordé sans contrepartie de cotisation.

### 5.2 Maintien des garanties conforme à l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989

#### Bénéficiaires du maintien

Nous proposons aux anciens salariés une assurance à adhésion facultative afin de leur permettre de bénéficier d'un maintien de leurs garanties Frais de santé.

Peuvent souscrire les anciens salariés :

- Lorsqu'ils sont en incapacité ou en invalidité et indemnisés comme tel par la Sécurité sociale,
- Au moment de leur départ en préretraite ou à la retraite,
- Lorsqu'ils sont privés d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement,

Peuvent également souscrire les ayants droit d'un salariés en cas de décès de celui-ci.

### **Formalités et durée du maintien**

Les anciens salariés doivent nous faire la demande d'adhésion dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois qui suivent la fin du maintien de garantie prévu à l'article ci-dessus.

Nous adressons la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire. La garantie prend effet au lendemain de leur demande.

Pour bénéficier de ce maintien de garantie pendant 12 mois, les ayants droits doivent en faire la demande dans les 2 mois qui suivent le décès.

Cette assurance à adhésion facultative prend effet au plus tard le lendemain de la demande et est accordée sans délai d'attente, ni questionnaire médical.

### **Étendue des garanties maintenues**

Les garanties maintenues sont celles prévues pour les salariés en activité.

Les anciens salariés adhérant à cette Complémentaire santé conservent le même niveau de garantie qu'au jour de la rupture de leur contrat de travail ou de la fin du maintien de garantie dont ils bénéficiaient.

### **Cotisation**

Conformément au décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 modifiant le décret n° 90-769 du 30 août 1990, les tarifs applicables sont plafonnés progressivement à compter de la date d'adhésion, selon les modalités suivantes :

1. La 1<sup>re</sup> année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs,
2. La 2<sup>ème</sup> année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs,
3. La 3<sup>ème</sup> année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

## 6. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE CONTRAT

---

### 6.1 La prescription

Nous vous informons ci-après des conditions d'application de la prescription :

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

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
2. 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 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 dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

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

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

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

- **L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).**

**Conformément à l'article L 114-3 du Code des Assurance, 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.**

## 6.2 L'utilisation des données à caractère personnel

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

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

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

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

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

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits :

- Par email : [service.informationclient@axa.fr](mailto:service.informationclient@axa.fr) ou
- Par courrier : AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex.

En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez [www.axa.fr/donnees-personnelles.html](http://www.axa.fr/donnees-personnelles.html)

## 6.3 Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Dans le cadre des mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale, nous tenons à préciser que :

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

## 6.4 Nous contacter

AXA Santé Entreprises  
Service Santé  
TSA 21122  
37409 AMBOISE CEDEX  
Tél : 09 70 80 99 07  
Fax : 02.47.23.52.55  
Site : [axasantesararies.axa.fr](http://axasantesararies.axa.fr)

### Au préalable

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

- Vos prénom et nom,
- Le numéro du contrat frais de santé collective : contrat N° 2509148760,
- La raison sociale de votre employeur : SARL STE ACCOMPAGN'AGE.

### En cas de réclamation

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

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

en précisant le nom et le numéro de votre contrat ainsi que vos coordonnées complètes.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

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

Si aucune solution n'a été trouvée, dans un délai d'un an à compter de la date de réception de la réclamation écrite adressée à l'assureur, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en vous adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

Par le site internet : [mediation-assurance.org](http://mediation-assurance.org)

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

L'intervention du médiateur est gratuite.

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

# 7. DÉFINITIONS

---

## 7.1 Définitions générales à votre contrat

### Accord tacite

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

### Accueil de l'enfant

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

### Actes d'imagerie

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

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

### Affection de longue durée (ALD)

Il s'agit d'une maladie grave et/ou chronique reconnue par l'assurance maladie obligatoire comme nécessitant un suivi et des soins coûteux et prolongés. Elles figurent sur une liste établie par décret sur avis de la Haute autorité de Santé (HAS) ou sont reconnues par le service du contrôle médical de l'assurance maladie obligatoire.

### Assuré

Salarié du groupe assuré.

### Analyses biologiques

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

### Appareillage

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

### Assureur

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

### Auxiliaires médicaux

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

### Avis d'échéance de cotisation

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

### Ayants droit

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

### Base de remboursement

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

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

## Bénéficiaires

L'assuré et ses ayants droit.

## Chambre particulière

Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle.

La chambre individuelle n'est presque jamais remboursée par l'assurance maladie obligatoire, car le patient peut demander à être hébergé en chambre commune (sauf lorsque la prescription médicale impose l'isolement dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite).

Son coût varie selon les établissements. Il peut être remboursé par la Complémentaire santé.

## Compensation

Mécanisme de mutualisation des contrats d'assurance

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

Indice macroéconomique

## Contrat responsable

Contrat émis dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L 871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale et conforme aux dispositions de la réforme du « 100% santé », instituée par la Loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019. En conséquence :

### ■ Il prend en charge :

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

### ■ Il ne prend pas en charge :

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

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

En outre, le contrat :

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

## **Conventionné / non conventionné**

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

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

### **1. Professionnels de santé**

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

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

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

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

### **2. Établissements de santé**

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

#### **Cure thermale**

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

#### **Déclaration Sociale Nominative**

Fichier mensuel produit par l'entreprise à partir des éléments de rémunération, qui permet de communiquer aux organismes et administrations concernées les informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés.

#### **Dépassement d'honoraires**

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

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

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

#### **Disposition dérogatoire**

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

## **DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM et OPTAM-Co)**

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

### **Établissement de santé**

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

### **Forfait actes lourds**

Participation forfaitaire de 24€ à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'Etat (120 € en 2018), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60.

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

### **Forfait journalier**

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 due par le patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1er juillet 2018, son montant est de 20 € par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15 € par jour pour un séjour en psychiatrie.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire, mais, en général, il est pris en charge par la Complémentaire santé.

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,...).

### **Frais de séjour**

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 réels**

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

### **Franchise médicale**

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1er janvier 2008.

Son montant est de :

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

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

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

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé « responsables ».

## **Garantie Frais de santé facultative**

Désigne les garanties complémentaires proposées au titre de l'option.

### **Groupe assuré**

Renvoie à la totalité des salariés pour lesquels le contrat frais de santé est conclu. Il est défini aux Conditions particulières.

### **Hospitalisation**

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

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

### **Implantologie dentaire**

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

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

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

### **Indexation**

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

### **Lentilles**

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

### **Lit d'accompagnant**

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

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

### **LPP**

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

### **Lunettes**

Les lunettes sont composées d'une monture et de 2 verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie et aphakie).

Le prix des verres varie selon le type de correction (verres unifocaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et le traitement appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables...).

Les opticiens ont l'obligation de remettre à l'assuré un devis préalable à la vente comportant le prix de la monture et de chaque verre, ainsi que le remboursement de ceux-ci par l'assurance maladie obligatoire.

Pour certaines prestations d'optique, dans la limite du contrat responsable, la Complémentaire santé rembourse, au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, l'intégralité des dépenses, permettant ainsi à l'assuré de ne plus avoir de frais restant à sa charge.

## **Mandataire social**

Personne physique mandatée par une personne morale (société, entreprise, association...). Il porte le titre de gérant (SARL, EURL) ou de président directeur général ou de directeur général (SA) et représente celui qui l'a mandaté dans tous les actes liés à la gestion de l'organisation qui lui a été déléguée.

## **Médecin traitant**

Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès de l'assurance maladie obligatoire. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé.

## **Médiateur**

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

## **Médicaments**

Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en 5 catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les prix des médicaments non remboursés par l'assurance maladie sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre. En revanche, les médicaments qui ont un prix fixé par le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) ont 4 niveaux de remboursement possibles par l'assurance maladie obligatoire :

- 100 % pour les médicaments irremplaçables et particulièrement coûteux,
- 65 % pour les médicaments dont le service médical rendu est majeur ou important,
- 35 % pour les médicaments dont le service médical rendu est modéré,
- 15 % pour les médicaments dont le service médical rendu est faible ou insuffisant.

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

## **Notice d'information**

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

## **Ordonnance**

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

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

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

## **Orthodontie**

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

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

## Parcours de soins coordonné

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

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

- A déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en 1<sup>re</sup> intention,
- Consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

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

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

## Parodontologie

Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...). L'assurance maladie obligatoire ne rembourse qu'une faible partie de ces traitements. Ces frais peuvent en revanche être pris en charge par certaines complémentaires santé.

## Participation forfaitaire d' 1 €

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

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

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

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

## Prestations

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

## Prévention

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

## Prothèses auditives

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

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

La prise en charge de ces appareils et de leurs accessoires par l'assurance maladie obligatoire dépend du type d'appareil, de l'âge et du handicap.

## Prothèses dentaires

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

- Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue artificiellement la partie visible de la dent pour la protéger. Lorsque la couronne porte sur plusieurs dents, on l'appelle un « bridge »,
- Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.

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

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

## Sécurité sociale

Régime d'assurance maladie obligatoire, prenant en charge les remboursements des frais de santé et régi par le Code de la Sécurité sociale français.

## Soins dentaires

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

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

## Souscripteur

Personne morale ou chef d'entreprise qui conclut le contrat pour l'ensemble de ses salariés appartenant au groupe assuré ; il sera le plus souvent désigné par « votre employeur ».

## Tarif d'autorité

Voir Base de remboursement ci-dessus.

## Tarif de responsabilité

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

## Ticket modérateur

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

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou les traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur est généralement pris en charge par la Complémentaire santé.

## Tiers

Personne non concernée directement par le contrat.

## Tiers payant

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

## Vous

Terme qui vous désigne en tant qu'adhérent à ce contrat de frais de santé collectif.

## 7.2 Définitions applicables aux services d'assistance

### Atteinte corporelle grave

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

### Autorité médicale

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

### Domicile

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

### Equipe médicale ou Equipe de Médecins

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

### Hospitalisation

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

### Immobilisation au domicile

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

### Maladie

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

### Médecin

Médecin généraliste

### Membre de la famille

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

### Proche

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

### Téléconsultation

Consultation médicale par téléphone et de manière complémentaire par vidéoconférence.

### Territorialité

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

Les autres garanties s'exercent en France uniquement.

**NOUS CONTACTER**

**VOTRE INTERMÉDIAIRE**

**DOAT-LIOGER**

65 RUE DE GERLAND

69007 LYON

Code FIA 28946



SARL STE ACCOMPAGN'AGE

LE 17 JUILLET 2021

**VOS RÉFÉRENCES**

**Document à conserver**

Votre contrat  
**n° 2509148760**

Nom produit  
**Adaptalia Entreprises Santé**

Formule  
**First**

Groupe assuré  
**Non cadres définis dans le  
dispositif d'entreprise**

Structure de cotisation  
**Salarié seul**

Date d'effet au  
**01/01/2021**

**ATTESTATION DE REMISE DE LA NOTICE  
de votre contrat frais de santé collectif d'entreprise**



Je, soussigné (prénom, nom)

....., déclare  
avoir bien reçu la notice du contrat collectif obligatoire frais de santé  
N° 2509148760 que m'a remise mon employeur.

