



Santé

# Conditions Générales Adaptalia Entreprises Santé Adaptalia Métiers Santé



Contrat socle complémentaire

Septembre 2019

 assurance citoyenne

# SOMMAIRE

Chapitre	Page	Article
<b>Préambule</b>	<b>3</b>	
<b>1. Les dispositions relatives à votre contrat</b>	<b>4</b>	1.1 Votre contrat
	<b>4</b>	1.2 La durée de votre contrat
	<b>4</b>	1.3 La révision de votre contrat
	<b>5</b>	1.4 Les cotisations
	<b>6</b>	1.5 Ce que vous devez nous déclarer
	<b>6</b>	1.6 La mutualisation des opérations liées à votre contrat
	<b>6</b>	1.7 Les informations dues aux assurés
	<b>7</b>	1.8 Les réclamations
	<b>7</b>	1.9 La prescription
	<b>8</b>	1.10 Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale
	<b>9</b>	1.11 Les dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme
<b>2. Les dispositions relatives aux <u>bénéficiaires</u></b>	<b>10</b>	2.1 Les bénéficiaires de la garantie
	<b>10</b>	2.2 Conditions d'adhésion au contrat socle complémentaire <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour l'assuré</li> <li>• Pour ses ayants droits</li> </ul>
<b>3. Les dispositions relatives à la garantie Frais de santé</b>	<b>12</b>	3.1 Nos remboursements de la garantie Frais de santé
	<b>15</b>	3.2 Les documents nécessaires au remboursement
<b>4. Bien être et Prévention</b>	<b>18</b>	4.1 My Easy Santé
<b>5. Santé au quotidien</b>	<b>19</b>	5.1 Téléconsultation
	<b>22</b>	5.2 Les services en optique, dentaire, audioprothèse et chirurgie réfractive
<b>6. Accompagnement dans les moments difficiles</b>	<b>25</b>	6.1 Avant une hospitalisation : Hospiway d'Itelis
	<b>25</b>	6.2 Les services d'assistance dont vos salariés bénéficient
<b>7. Les maintiens de garantie dont bénéficient vos salariés</b>	<b>34</b>	7.1 Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage
	<b>35</b>	7.2 Maintien des garanties conforme à l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989
<b>8. Définitions</b>	<b>36</b>	8.1 Définitions générales à votre contrat
	<b>46</b>	8.2 Définitions applicables aux services d'assistance

## PRÉAMBULE

---

**Votre contrat est constitué des documents suivants :**

- Les Conditions générales  
Elles exposent l'ensemble des dispositions du contrat et des garanties Frais de santé ; elles précisent la liste des documents nécessaires au règlement de nos prestations.
- Les Conditions particulières  
Elles indiquent les montants de nos prestations ; elles peuvent éventuellement prévoir des dérogations aux Conditions générales et priment dans ce cas sur ces dernières.

**Dans ce contrat, nous utilisons régulièrement les termes suivants :**

- Le souscripteur désigne la personne morale ou le chef d'entreprise qui conclut un contrat pour l'ensemble de ses salariés appartenant au groupe assuré ; il sera le plus souvent désigné par « vous »,
- L'assureur est la société d'assurance qui garantit le risque souscrit ; il sera le plus souvent désigné par « nous »,
- Le groupe assuré renvoie à la totalité des salariés pour lesquels vous avez conclu ce contrat Frais de santé ; il est défini aux Conditions particulières,
- L'assuré est le salarié du groupe assuré,

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

## 1. LES DISPOSITIONS RELATIVES A VOTRE CONTRAT

---

### 1.1 Votre contrat

Votre contrat est un contrat d'assurance de groupe qui nous engage, **vous** le souscripteur et **nous**, l'assureur. Nous sommes conjointement désignés dans vos **Conditions Particulières**.

Le présent contrat socle complémentaire est composé de garanties souscrites à titre obligatoire.

Ce contrat est régi par le Code des assurances. Notre autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 4, place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Votre contrat a pour objet de garantir le remboursement total ou partiel des dépenses de santé décrites dans les pages suivantes et réalisées entre la date de début et la date de fin de la garantie.

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

### 1.2 La durée de votre contrat

#### La date d'effet

Le contrat prend effet à la date indiquée dans vos **Conditions particulières**. Ce dernier est en vigueur jusqu'au 31 décembre de chaque année et est ensuite reconduit tous les 1er janvier par **accord tacite**.

Vous pouvez modifier votre contrat à tout moment. Les nouvelles conditions prennent alors effet le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant notre accord, ou avant cette date d'un commun accord.

#### La résiliation

Vous, comme nous, pouvez résilier le présent contrat. Pour cela, une lettre recommandée doit être adressée à la partie concernée, au plus tard **2 mois** avant le terme annuel du contrat ; le cachet de la poste faisant foi. Cette lettre doit donc être envoyée au plus tard le 31 octobre pour que votre contrat cesse au 31 décembre à minuit.

### 1.3 La révision de votre contrat

Une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou de la portée de nos engagements. Dans ce cas, nous procédons à la révision de votre contrat. Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer à votre contrat, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

En particulier, votre contrat sera automatiquement révisé en fonction des évolutions législatives et réglementaires concernant les contrats dits « responsables ».

Si nous n'arrivons pas à un accord sur cette révision, nous pourrions, vous comme nous, mettre fin à ce contrat, en dehors de la période de résiliation prévue à l'article 1.2, à la fin du trimestre civil suivant la date d'envoi d'une lettre recommandée.

## 1.4 Les cotisations

### Le montant de votre cotisation

Le taux de cotisation est indiqué dans vos Conditions particulières en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année d'assurance.

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

L'évolution de la consommation médicale française étant plus rapide que celle du plafond annuel de la Sécurité sociale qui sert de base au calcul de votre cotisation, nous mettons en place une indexation annuelle de votre taux de cotisation à compter du 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

Cette indexation majore votre taux de cotisation dans le rapport de l'évolution de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) et de l'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale.

- L'évolution de la consommation de soins et biens médicaux retenue est la moyenne des deux derniers taux d'évolution de la consommation de soins et biens médicaux tels que recensés dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé.
- L'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale retenue est celle constatée entre les deux exercices précédant la date de majoration de votre taux de cotisation.

Les cotisations pourront également être revues en fonction des résultats techniques de votre périmètre de mutualisation et de tout élément de nature à modifier le risque assuré (démographie, dérive des prestations, évolution de la réglementation ou des remboursements des régimes obligatoires, etc.).

Vous êtes informé des nouveaux taux de cotisation au moins un mois avant le 1<sup>er</sup> janvier.

### Les modalités de règlement de vos cotisations

#### Le règlement de vos cotisations

L'envoi mensuel de la déclaration sociale nominative (DSN) permet de payer la cotisation trimestriellement à l'échéance du trimestre garanti par prélèvement automatique selon les intentions de paiement accompagnant l'envoi des déclarations sociales nominatives. Avant le 1<sup>er</sup> prélèvement, une autorisation de prélèvement devra être signée afin que nous puissions effectuer ces prélèvements.

A défaut de demande de prélèvement, la cotisation est payable trimestriellement dans les 15 premiers jours suivant l'échéance du trimestre garanti.

#### En cas de non-règlement de vos cotisations

Vous êtes seul responsable du règlement des cotisations pour les salariés. S'il ne nous parvient pas dans les 10 jours suivants les délais précisés ci-dessus, nous vous adressons une mise en demeure par lettre recommandée dont les conséquences sont les suivantes (article L. 113-3 du Code des assurances) :

- La suspension de votre garantie 30 jours après son envoi,
- La résiliation de votre contrat, sans autre avis, 10 jours plus tard, soit 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Le règlement complet de votre cotisation doit nous parvenir avant l'expiration du délai de 40 jours. À défaut, le contrat sera résilié.

## 1.5 Ce que vous devez nous déclarer

### En cas d'envoi de la DSN, vos obligations sont simplifiées

#### À la mise en place du contrat, vous nous fournissez :

- La liste des personnes bénéficiant du maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- Pour chaque adhérent, un bulletin individuel d'adhésion accompagné de la photocopie de l'attestation d'assurance maladie jointe à la carte vitale et d'un RIB, RIP ou RICE.

#### En cours de contrat, vous nous transmettez :

- Le bulletin individuel d'adhésion accompagné des informations ci-dessus pour tout nouvel arrivant dans le groupe assuré,
- La déclaration de maintien en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, pour toute nouvelle personne en bénéficiant,
- Dans les plus brefs délais et avant 30 jours, les informations relatives aux changements de situation de famille,
- Dans les plus brefs délais et avant 30 jours, les informations concernant les assurés qui sortent du groupe assuré ; vous devez demander à l'assuré l'attestation de tiers payant santé et nous la restituer, sauf en cas de maintien des garanties tels que prévu au chapitre 7.

La liste nominative des salariés, leur sexe, leur date de naissance, leur date de départ ou d'arrivée dans l'entreprise nous sont transmis grâce à l'envoi des DSN.

### A défaut d'envoi de la DSN , vos obligations ci-dessus sont complétées comme suit

#### À la mise en place du contrat, vous nous fournissez :

- La liste des assurés : liste nominative de la totalité des salariés du groupe à assurer,

#### En cours de contrat, vous nous transmettez :

- Lors du paiement de vos cotisations des 3 premiers trimestres, notre avis d'échéance de cotisation dûment complété par vos soins,
- Avant le paiement de votre cotisation du 4<sup>e</sup> trimestre, la liste nominative des assurés accompagnée de notre bordereau d'appel des cotisations. Sur la liste nominative, vous ferez figurer, pour chaque assuré ayant bénéficié de ce contrat, ses nom, prénom, date de naissance, situation de famille. Si des assurés ont quitté le groupe assuré ou si des nouveaux y sont entrés, vous nous préciserez leur date de départ ou d'arrivée. Sur notre avis d'échéance de cotisation, vous indiquerez le solde des cotisations dues au titre de l'année d'assurance.

## 1.6 La mutualisation des opérations liées à votre contrat

Les prestations et les cotisations de votre contrat sont mutualisés avec ceux des autres contrats santé souscrits auprès de l'assureur.

## 1.7 Les informations dues aux assurés

Vous êtes légalement tenu :

- De remettre aux assurés un exemplaire de la Notice d'information que nous vous fournissons. Y sont précisées, notamment, les garanties, les modalités d'entrée en vigueur des garanties ainsi que les formalités en cas de sinistre,
- D'informer ces assurés des éventuelles modifications apportées au contrat.

En cas de litige, il vous incombe d'apporter la preuve que vous avez remis cette Notice d'information et que vous avez communiqué les éventuelles modifications aux assurés.

## 1.8 Les réclamations

### En cas de réclamation :

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

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

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

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

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

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

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

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

L'intervention du médiateur est gratuite.

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

## 1.9 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 fautive 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 10 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 30 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.

## **1.10 Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale**

Le présent contrat sera sans effet et nous ne serons pas tenus de payer une indemnité ou de fournir des garanties à ce titre dès lors que l'exécution du contrat nous exposerait aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou les règlements édictés par l'Union Européenne, le Royaume-Uni ou les États-Unis d'Amérique.



## **1.11 Les dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme**

En notre qualité d'organisme financier, nous sommes soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du Code monétaire et financier (articles L561-1 et suivants du Code monétaire et financier).

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

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

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

## 2. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX BÉNÉFICIAIRES

---

### 2.1 Les bénéficiaires de la garantie

L'assuré bénéficie de la garantie. Ses ayants droit peuvent en bénéficier également en fonction de la structure de cotisation stipulée dans les Conditions particulières. Les ayants droit sont les membres de sa famille définis ci-après

- Son conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale,
  - Est assimilé au conjoint, dans le cas où la situation de l'ayant droit ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, son partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, son concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué.
  - Le concubin doit répondre à la définition de l'article L515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.
- Ses enfants et ceux de son conjoint :
  - jusqu'à leur 18<sup>e</sup> anniversaire, s'ils sont à sa charge (ou à celle de son conjoint) au sens de la Sécurité sociale,
  - jusqu'à leur 28<sup>e</sup> anniversaire, s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale et s'ils remplissent une des conditions suivantes :
    - ils suivent des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
    - ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et ont terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
  - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou allocation pour adulte handicapé (AAH)), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21<sup>e</sup> anniversaire.

### 2.2 Les conditions d'adhésion au contrat socle complémentaire

#### Pour l'assuré

Sauf dispositions dérogatoires prévues par la réglementation en vigueur, l'adhésion est obligatoire pour vos salariés répondant à l'ensemble des critères suivants :

- Ils appartiennent au groupe assuré,
- Ils sont affiliés à un régime obligatoire de Sécurité sociale,
- Ils bénéficient d'un contrat de travail en vigueur. Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie, maternité ou accident (avec ou sans indemnisation du souscripteur), ou pour une autre cause avec indemnisation du souscripteur bénéficient des garanties du présent contrat.

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 de 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 du souscripteur.

#### La durée de la garantie

##### Le début de la garantie

L'assuré bénéficie de notre garantie :

- Dès la date d'effet du contrat quand il est déjà membre du groupe,
- A la date de son entrée dans le groupe assuré quand il en devient 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 bases de 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

L'assuré cesse de bénéficier de la garantie dès :

- Qu'il sort du groupe assuré (notamment à la fin du dispositif de cumul emploi retraite),
- Que son contrat de travail est rompu, sauf en cas de maintien tel que prévu au chapitre 7,
- L'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf s'il bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite, ou l'attribution de la pension pour inaptitude au travail,
- La résiliation de ce contrat.

Nous suspendons la garantie dans les cas de congés de l'assuré pendant lesquels son contrat de travail est suspendu, comme par exemple, le congé parental total d'éducation, le congé pour création d'entreprise, le congé sabbatique ou le congé individuel de formation.

### Pour ses ayants droit

Les ayants droit de l'assuré bénéficient de la garantie au plus tôt à la date d'effet du contrat, ou à la date à laquelle ils répondent à la définition des ayants droit visée ci-dessus.

### La durée de la garantie

#### Le début de la garantie

La date d'admission à l'assurance des ayants droit est subordonnée au paiement de la première cotisation ; elle prend effet :

- À la date d'admission à l'assurance de l'assuré lorsque les ayants droit figurent sur le bulletin individuel d'affiliation initial de ce dernier,
- S'agissant du conjoint ou du partenaire, la date de mariage ou de signature du PACS lorsque la demande est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- À la date à laquelle l'ayant droit répond à la définition visée à l'article 2.1 ci-dessus, lorsque la demande est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- Dans les cas non visés ci-dessus, le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, lorsque la demande est reçue avant le 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente.

#### La fin de la garantie

Les ayants droit cessent de bénéficier de la garantie :

- À la date à laquelle les ayants droit ne répondent plus à la définition visée à l'article 2.1 ci-dessus,
- Dès la résiliation de ce contrat.

### **3. LES DISPOSITIONS RELATIVES A 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 aux Conditions particulières 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 relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L871-1 et L160-13 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application et est conforme aux dispositions de la réforme du « 100% santé », instituée par la Loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019. En conséquence :

##### **Il prend en charge :**

- L'intégralité de la participation 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, ainsi que pour l'homéopathie,
- L'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée,
- L'intégralité des dépenses sans reste à charge pour 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 prise en charge intégrale des dépenses (dans la limite des Prix Limites de Vente) sur ces équipements définis dans le cadre de ladite réforme interviendra dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour l'optique et les soins prothétiques dentaires et au 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour les aides auditives. Pour les autres équipements « 100% santé d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires, ou ceux qui ne font pas l'objet de fixation d'un prix limite de vente, le remboursement des frais de santé correspond à l'application de la garantie prévue au présent contrat dans la double limite des minima et maxima fixés par décret.

##### **Il ne prend pas en charge :**

- Les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des DPTAM 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).

Et de manière générale, 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.

En outre, le présent contrat :

- Respecte le niveau minimum des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L911-7 du Code de la Sécurité sociale,

- Permet aux salariés de l'entreprise adhérente, et à leurs ayants droit le cas échéant, de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent,
- Reprend l'ensemble des libellés normés et les exemples de remboursement en euros, conformément à l'engagement sur la lisibilité des garanties pris par les assureurs complémentaires envers les pouvoirs publics.

### Les frais que nous prenons en charge

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

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

#### 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 remboursés par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation,
- Des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale, est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà, nous garantissons le ticket modérateur.

#### 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 remboursés 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 remboursés par la Sécurité sociale, médicalement prescrits, figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM),
- 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 remboursés par la Sécurité sociale),
- Maternité avec les frais d'accouchement (et les 5 premiers jours d'hospitalisation) d'une bénéficiaire de la garantie,
- 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 remboursée par la Sécurité sociale.

## SOINS COURANTS - PREVENTION

- Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale,
- Substituts nicotiques, 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 remboursés par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché,
- 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,
- Connecteur Bluetooth pour stylos à insuline ou pour glucomètre, prescrit par un médecin.

## AIDES AUDITIVES

Dispositifs médicaux visant à compenser une perte auditive inscrits à la nomenclature et remboursés 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 remboursée par la Sécurité sociale,
- Soins et prothèses fixes, et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations) remboursés par la Sécurité sociale,
- Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale.

## OPTIQUE

Dispositifs médicaux et prestations relatifs à l'optique (verres, monture, lentilles de contact...) inscrits à la nomenclature et remboursés 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 au remboursement

En cas de télétransmission entre la Sécurité sociale et nous, l'assuré n'a pas à nous transmettre ses décomptes de la Sécurité sociale.

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS A NOUS TRANSMETTRE
<b>HOSPITALISATION</b>	
	<p>Selon la facturation dont relève l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,</li> <li>▪ L'original de la facture,</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
Soins courants, médicaments et homéopathie 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
Médicaments et homéopathie non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin, en cas d'affection de longue durée	La prescription médicale bizone 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 bizone 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	La copie de l'acte de naissance de l'enfant
Adoption	La 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 ou pièce numérisée
Médecine non conventionnelle pour des garanties complémentaires en cas d'affection de longue durée	La prescription médicale bizone ou une attestation du médecin traitant indiquant une reconnaissance de l'affection de longue durée et l'original de la facture détaillée 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. Le versement est effectué à l'assuré, ou en cas de décès de l'assuré, à la personne qui justifie avoir supporté les frais

<b>SOINS COURANTS - PREVENTION</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 ou pièce numérisée
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>	
Equipements 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 remboursées 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 demander à l'assuré, si besoin, toute autre pièce ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit de l'assuré.

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

## 4. BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION

---

### 4.1 My Easy santé

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



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

Avec My Easy santé les salariés trouvent :

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

## 5. SANTÉ AU QUOTIDIEN

---

Nous prenons en charge les seules prestations que nous organisons. Pour la mise en place des services d'assistance, le bénéficiaire doit nous contacter au numéro figurant sur son attestation de tiers payant santé.

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

### 5.1 Téléconsultation

#### Présentation de la garantie

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

Cette activité d'AXA Assistance est officiellement enregistrée, conformément au décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

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.

#### Objet

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

#### Mise en œuvre de la garantie

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

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

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

#### Téléconsultation

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant et en dehors de toute urgence, votre salarié peut contacter les services d'AXA Assistance, afin de bénéficier d'une Téléconsultation.

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

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

L'IDE ou le médecin pourront proposer de poursuivre la Téléconsultation.

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

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

Cette réponse pourra prendre la forme suivante :

- Conseil ou orientation vers le médecin traitant,
- Orientation vers un des seuls spécialistes suivants, dans le respect du parcours de soins : gynécologue, ophtalmologue, stomatologue, psychiatre ou neuropsychiatre pour un assuré âgé de 16 et 25 ans,
- Prescription écrite médicamenteuse ou d'examen complémentaires si votre salarié est situé dans un pays de l'Union Européenne.

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

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

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

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

### Information

A la demande de l'assuré, l'Équipe Médicale d'AXA Assistance peut communiquer des informations, 7 j/7 et 24 h/24. Elle donne tout renseignement d'ordre général. L'intervention de l'Équipe Médicale d'AXA Assistance se limite à donner des informations objectives. L'objet de la Téléconsultation n'est en aucun cas de favoriser une automédication.

### Orientation

A la demande de l'assuré, l'Equipe Médicale d'AXA Assistance peut l'aider à exercer son libre choix en lui conseillant une sélection de médecins spécialistes et/ou d'établissements de santé, dans le respect du parcours de soins.

## Responsabilité

### Responsabilité d'AXA Assistance

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

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

- De défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques.

- De modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne leur auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation,
- D'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

### Responsabilité du Bénéficiaire

Le Bénéficiaire est responsable de l'exactitude et de l'actualisation des renseignements demandés lors de la Téléconsultation pour permettre à AXA Assistance d'assurer dans de bonnes conditions ses engagements.

## Informatiques et Libertés

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

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

Il dispose, conformément à la réglementation en vigueur d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression aux informations le concernant.

Il peut s'adresser par courrier à : AXA Assistance France - Service Juridique – 6 rue André Gide – 92320 Châtillon

## Réclamation et Différends

### Traitement des réclamations

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

### Différends


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

## Exclusions

Sont exclus de la Téléconsultation :

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

## 5.2 Les services en optique, dentaire, audioprothèse et chirurgie réfractive

Grâce aux réseaux de professionnels de la santé partenaires de notre filiale , vos salariés bénéficient de nombreux avantages dans les domaines suivants : optique, dentaire, audioprothèse, chirurgie réfractive.

### Optique

2 500 opticiens partenaires.

#### Tarifs privilégiés

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

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

#### Services exclusifs gratuits

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

#### Qualité et traçabilité des produits

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

### Dentaire

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

#### Tarifs privilégiés

- Jusqu'à 15% d'économie sur les prothèses les plus fréquentes (couronnes, bridges),

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

### Services exclusifs gratuits

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

### Audioprothèse

1 000 audioprothésistes partenaires.

### Tarifs privilégiés

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

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

### Services exclusifs gratuits

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

### Qualité et traçabilité des produits

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

### Suivi complet même en cas de déménagement

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

### Chirurgie réfractive

30 centres de chirurgie réfractive partenaires.

### Tarifs privilégiés

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

### Critères de qualité

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

### Mode d'emploi

#### **1. Localisez le partenaire le plus proche :**

- Par internet depuis l'espace du gestionnaire de santé,
- Par téléphone en appelant le centre de gestion au numéro figurant sur l'attestation de tiers payant,
- Via l'application webmobile @pplitelis®.

#### **2. Le bénéficiaire doit présenter au partenaire sa carte de tiers payant sur laquelle figure la mention Itelis**

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



## 6. ACCOMPAGNEMENT DANS LES MOMENTS DIFFICILES

---

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

Hospiway® est un service d'information pour aider vos salariés à préparer au mieux leur hospitalisation ou celle d'un proche. Ce site est accessible depuis l'espace du gestionnaire de santé

Ce site propose :

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

### 6.2. Les services d'assistance dont vos salariés bénéficient

#### 6.2.1 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.

## **6.2.2 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.

## **6.2.3 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.

## 6.2.4 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**

À 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 oeuvre les services suivants, dans la limite globale de **40h**.

### **Garde des enfants**

À 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 oeuvre 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 oeuvre avec un minimum de 4 heures consécutives par jour et dans la limite globale indiquée ci-dessus.

### **Aide-ménagère**

À 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 oeuvre 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 oeuvre 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.**

### 6.2.5 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.

### 6.2.7 Mise en oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre 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.

## **7. LES MAINTIENS DE GARANTIE DONT BENEFCIENT VOS SALARIÉS**

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

#### Bénéficiaires du maintien

Nous maintenons les garanties du contrat à vos 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 vos anciens salariés, déclarés selon les modalités de l'article 1.5, 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 à votre salarié au jour de la rupture de son contrat de travail.**

Le maintien demandé par votre 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, telle que vous nous l'aurez déclarée, dans la limite de 12 mois.

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

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

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

#### Modalités d'information

Vous devez indiquer le bénéfice du maintien des garanties Frais de santé à votre salarié dans son certificat de travail. Puis vous nous remettez la déclaration de maintien complétée et signée, et vous en donnez une copie à votre salarié.

En revanche, il appartient à votre 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.

#### L'étendue des garanties

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

#### Cotisation

Ce maintien de garantie est accordé sans contrepartie de cotisation.

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

### Bénéficiaires du maintien

Nous proposons à vos 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 salarié en cas de décès de celui-ci.

### Formalités et durée du maintien

Vos 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.

En cas de décès d'un de vos salariés, vous êtes tenus de nous en informer dans les meilleurs délais afin que nous puissions proposer à ses ayants droit (tels que définis à l'article 2.3) au plus tard dans 2 mois qui suivent le décès, le maintien de leur couverture.

Pour bénéficier de ce maintien de garantie pendant 12 mois, les ayants droit 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 délais d'attente, ni questionnaire médical.

### 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 :

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

## 8. DÉFINITIONS

---

### 8.1 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.

#### Actes d'imagerie

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

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

#### Assuré

Salarié du groupe assuré.

#### Analyses biologiques

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

#### Appareillage

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

#### Assureur

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

## Base de remboursement

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

On parle de :

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

## Bénéficiaires

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

## Chambre particulière

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

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

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

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

## Compensation

Mécanisme de mutualisation des contrats d'assurance.

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

Indice macroéconomique.

## Consultation médicale

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

## Contrat responsable

Votre contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L871-1 et L160-13 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application et est conforme aux dispositions de la réforme du « 100% santé », instituée par la Loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019. En conséquence :

Il prend en charge :

- L'intégralité de la participation 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, ainsi que pour l'homéopathie,
- L'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée,
- L'intégralité des dépenses sans reste à charge pour 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 prise en charge intégrale des dépenses (dans la limite des Prix Limites de Vente) sur ces équipements définis dans le cadre de ladite réforme interviendra dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour l'optique et les soins prothétiques dentaires et au 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour les aides auditives. Pour les autres équipements « 100% santé » d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires, ou ceux qui ne font pas l'objet de fixation d'un prix limite de vente, le remboursement des frais de santé correspond à l'application de la garantie prévue au présent contrat dans la double limite des minima et maxima fixés par décret.

Il ne prend pas en charge :

- Les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des DPTAM 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).

Et de manière générale, 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.

En outre, le contrat responsable :

- Respecte le niveau minimum des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L 911-7 du code de la Sécurité sociale,
- Permet 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,
- Reprend l'ensemble des libellés normés et les 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. Etablissements de santé

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

### Cure thermale

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

### Dépassement d'honoraires

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

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

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

### Disposition dérogatoire

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

### DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée

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

### Etablissement 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 hospitalier

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

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1<sup>er</sup> 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 il est pris en charge par l'assurance maladie complémentaire lorsque la garantie proposée par la complémentaire santé est responsable.

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

## Frais de séjour

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

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

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

## Frais réels

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

## Franchise médicale

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

Son montant est de :

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

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

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

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

## Groupe assuré

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

## Hospitalisation

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



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

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

## Implantologie dentaire

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

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

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

## Indexation

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

## Lentilles de contact

Prothèses optiques correcteurs posées 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

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

Le prix des verres varie selon sa nature et sa puissance (verres unifocaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et les traitements appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables...).

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

## 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 coordonne les soins et s'assure que le suivi médical est optimal.

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

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

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

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

## Médiateur

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

## Médicaments

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

Les médicaments non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire 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 prise en charge possibles par l'assurance maladie obligatoire :

- 100% pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux,
- 65% pour les médicaments dont le service médical rendu est majeur ou important,
- 30% pour les médicaments dont le service médical rendu est modéré,
- 15% pour les médicaments dont le service médical rendu est faible ou insuffisant.

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

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

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

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

## Notice d'information

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

## Ordonnance

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

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

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

## Orthodontie

Discipline médicale pratiquée par les orthodontistes (médecins stomatologues ou 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 commencé avant l'âge 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 d'honoraires sont fréquents. Il est important d'obtenir un devis avant de commencer le traitement. Les couvertures complémentaires peuvent compléter les remboursements de l'assurance maladie obligatoire.

Les couvertures complémentaires peuvent également prendre en charge l'orthodontie des adultes.

## Parcours de soins coordonné

Circuit que les patients doivent respecter pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée en optimisant l'offre de soins proposée en France. Organisé autour du médecin traitant, il concerne désormais tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire et leurs ayants-droits de moins de 16 ans.

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

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

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

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

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué.

La majoration de la participation de l'assuré considéré hors parcours de soins ne peut pas être remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

## 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 selon certaines conditions médicales. Ces frais peuvent en revanche être prise 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 1er juillet 2006 parmi des prestations telles le détartrage, des vaccins, le dépistage des troubles de l'audition, etc.

## Prix limite de vente

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

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

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

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

## Prothèses auditives

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

Les 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

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

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

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

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

## Soins dentaires

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

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

## Souscripteur

Personne morale ou chef d'entreprise qui conclut un contrat pour la totalité de ses salariés appartenant au groupe assuré. Le souscripteur est le plus souvent désigné par « vous » dans les Conditions générales.

## 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 traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)... Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 24€) pour certains actes dits « lourds ».

La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble de ces frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

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

## Tiers

Personne non concernée directement par le contrat.

## Tiers payant

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

## 8.2 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.

Votre interlocuteur AXA



Retrouvez l'ensemble de vos services et documents contractuels sur **Mon AXA** via [axa.fr](http://axa.fr)

**AXA** vous répond sur :



**Je choisis**  
une assurance **citoyenne**

Cette offre appartient à la gamme « Assurance citoyenne ». Par cette démarche, AXA s'engage à plus de confiance, plus de prévention, plus de solidarité, plus d'engagement pour l'environnement, en proposant des produits d'assurance qui répondent à vos besoins mais aussi à ceux de la société dans son ensemble. Pour en savoir plus sur les atouts citoyens de cette offre, rendez-vous sur [axa.fr](http://axa.fr)

**AXA France IARD** - S.A. au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 • **AXA Assurances IARD Mutuelle** - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 • **AXA France Vie** - S.A. au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959 • **AXA Assurances Vie Mutuelle** - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 • Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des Assurances.**