



Solutions AXA
pour les entreprises
Santé

Notice d'information Santé Entreprise Responsable



POUR L'ENTREPRISE
ORANO

Votre contrat n° 270512440

 assurance **citoyenne**

SOMMAIRE

| Chapitre | Page | Article |
|---|--|---|
| PRÉAMBULE | 3 | |
| 1. VOS GARANTIES EN DETAIL | 4 | |
| 2. L'étendue des garanties pour les maintiens de l'assurance | 11 11 11 11 12 | 2.1. Maintien de l'assurance en cas d'invalidité 2.2. Maintien des garanties aux ayants droit d'un assuré décédé 2.3. Maintien de l'assurance en cas de réserves militaires ou policières 2.4. Maintien de l'assurance en cas de congés sans solde 2.5. Maintien de l'assurance en cas de congé de reclassement volontaire |
| 3. Les dispositions relatives aux bénéficiaires | 13 13 | 3.1. Les bénéficiaires de la garantie 3.2. Les conditions d'adhésion au régime socle |
| 4. Les dispositions relatives à la garantie frais de santé | 15 17 | 4.1. Nos remboursements de la garantie Frais de santé 4.2. Les documents nécessaires au remboursement |
| 5. Santé au quotidien | 20 | 5.1. Téléconsultation |
| 6. Accompagnement dans les moments difficiles | 21 21 22 | 6.1. Assistance en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire ou d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours 6.2. Assistance en cas de déplacement à plus de 50 km du domicile 6.3. En cas de décès du bénéficiaire |
| 7. Les maintiens de garantie dont vous bénéficiez | 23 24 24 25 25 26 | 7.1. Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail 7.2. Maintien des garanties conforme à l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989 7.3. Maintien de l'assurance en cas de congés sans solde 7.4. Maintien de l'assurance en cas de congés de reclassement volontaire dans le cadre d'un Plan de Sauvegarde de l'Emploi (PSE) 7.5. Maintien de l'assurance en cas d'invalidité 7.6. Maintien des garanties aux ayants droit d'un assuré décédé |
| 8. Les dispositions relatives à votre contrat | 27 28 28 28 | 8.1. La prescription 8.2. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale 8.3. La législation relative aux traitements des données à caractère personnel 8.4. Nous contacter |
| 9. Définitions | 30 40 | 9.1. Définitions générales à votre contrat 9.2. Définitions applicables aux services d'assistance |

PRÉAMBULE

Votre employeur, la société ORANO a souscrit un contrat frais de santé collective référencé au numéro 270512440.

Le groupe assuré par ce contrat est le suivant : Ensemble des salariés et assimilés salariés au sens de l'article L311-3 du Code de la Sécurité sociale

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

Le contrat frais de santé collective souscrit par votre employeur prend effet le 1er janvier 2023.

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

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

Dans cette notice, nous utilisons régulièrement les termes suivants :

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

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

1. VOS GARANTIES EN DETAIL

Nous vous présentons ci-dessous les montants et niveaux remboursés par AXA au titre du contrat socle obligatoire. Ils viennent compléter ceux de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, que ce soit en secteur conventionné ou non.

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

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

Complémentaire
responsable socle
obligatoire

En complément de la
Sécurité sociale

Hospitalisation

Y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation

les frais d'hospitalisation liés à un accouchement sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation

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

Frais de séjour

| | |
|---|-------------|
| dans un établissement conventionné | 100 % FR-SS |
| dans un établissement non conventionné | 80 % FR-SS |
| La prise en charge de l'hospitalisation en établissement non conventionné sera au minimum égale à 100% du TM. | |

Honoraires

| | |
|--|-------------|
| Médecin adhérent à l'un des DPTAM | 100 % FR-SS |
| Médecin non adhérent à l'un des DPTAM exerçant en secteur conventionné | 100 % BR+TM |
| exerçant en secteur non conventionné | 100 % BR+TM |

Chambre particulière (par jour)

| | |
|---|-------------|
| - Du 1er jour d'hospitalisation au 15ème jour | 3 % PMSS |
| - A compter du 16ème jour | 3.50 % PMSS |

Forfait journalier hospitalier

100 % du forfait

Forfait actes lourds

100 % du forfait

Frais d'accompagnant (par jour)

2 % PMSS

D'un enfant de moins de:

17 ans

Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite par année civile de:

30 jour(s)

Maternité

| | |
|-------------------------------------|-------|
| Forfait maternité par enfant | 150 € |
| Forfait adoption par enfant | 150 € |

Complémentaire
responsable socle
obligatoire

En complément de la
Sécurité sociale

Dentaire

Soins (hors 100% Santé)

| | |
|---|-------------|
| Consultations, soins courants (hors inlays onlays d'obturation), radiologie, chirurgie et parodontologie pris en charge par la Sécurité sociale | 120 % BR |
| Actes de parodontologie non pris en charge par la Sécurité sociale Par année civile et par bénéficiaire | 9,06 % PMSS |

Soins et prothèses 100% Santé⁽¹⁾

100 % HLF-MR

Prothèses prises en charge par la Sécurité sociale (Hors 100% Santé)

| | |
|--|--------------------------|
| à tarif maîtrisé ⁽²⁾ : | |
| Prothèses fixes et amovibles (y compris provisoires et réparations) Dans la limite de : | 430 % BR 100 % HLF-MR |
| Inlays Core (y compris provisoires) Dans la limite de : | 430 % BR 100 % HLF-MR |
| Inlays-Onlays Dans la limite de : | 155 % BR 100 % HLF-MR |
| à tarifs libre ⁽³⁾ : | |
| Prothèses fixes et amovibles (y compris provisoires et réparations) | 430 % BR |
| Inlays Core (y compris provisoires) | 430 % BR |
| Inlays-Onlays | 155 % BR |

Orthodontie

| | |
|---|----------|
| prise en charge par la Sécurité sociale | 400 % BR |
|---|----------|

Implantologie dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale (pose de l'implant et du pilier)

22,65 % PMSS

Dans la limite de 2 implants, par année civile et par bénéficiaire

Soins courants

Honoraires médicaux

| | |
|---|-------------|
| Consultation ou visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM | 150 % BR |
| non adhérent à l'un des DPTAM | 100 % BR+TM |
| Consultation ou visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM | 300 % BR |
| non adhérent à l'un des DPTAM | 100 % BR+TM |

Complémentaire
responsable socle
obligatoire

En complément de la
Sécurité sociale

Soins courants

| | |
|--|--|
| Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale | 100 % TM |
| Acte technique médical ou chirurgical pratiqué par un médecin adhérent à l'un des DPTAM | 100 % BR |
| Acte technique médical ou chirurgical pratiqué par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM | 80 % BR |
| Acte d'imagerie, échographie et doppler pratiqué par un médecin adhérent à l'un des DPTAM | 120 % BR |
| Acte d'imagerie, échographie et doppler pratiqué par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM | 100 % BR |
| Acte d'imagerie médicale non pris en charge par la Sécurité sociale (scanner dentaire, ostéodensitométrie) | 60 % FR limité à 2 % PMSS par acte et dans la limite de 5% PMSS par année civile et par bénéficiaire |

Analyses et examens de laboratoire

| | |
|--|---|
| pris en charge par la Sécurité sociale | 100 % BR |
| non pris en charge par la Sécurité sociale | 60 % FR limité à 1 % PMSS par analyse et dans la limite de 5% PMSS par année civile et par bénéficiaire |

Honoraires paramédicaux

| | |
|---|----------|
| Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues | 100 % BR |
|---|----------|

Médicaments

| | |
|---|--|
| pris en charge par la Sécurité sociale | 100 % TM |
| homéopathiques non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin Par année civile et par bénéficiaire | 60 € |
| Pilule contraceptive non prise en charge par la Sécurité sociale et prescrites par un médecin | 100 % FR dans la limite de 5 % PMSS par année civile et par bénéficiaire |

Matériel médical

| | |
|---|----------|
| Gros appareillage (hors prothèses dentaire, auditives) | 450 % BR |
| Semelle Orthopédique | 450 % BR |
| Petit appareillage (hors prothèses dentaire, auditives) | 250 % BR |

Médecines non conventionnelles

| | |
|---|--|
| Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, | 75% FR dans la limite de 1.5 % PMSS par séance Acupuncture, Chiropraxie, Etiopathie, Ostéopathie, thérapie manuelle dans la limite globale de 12 % PMSS par année civile et par bénéficiaire |
| Pour les actes d'ostéopathie, la chiropraxie, l'étiopathie, l'acupuncture, la prestation ne peut être inférieure à 25 euros par séance. | |

Complémentaire
responsable socle
obligatoire

En complément de la
Sécurité sociale

Médecines non conventionnelles

Actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre,

| | |
|---|--|
| Les séances de psychomotricité, psychothérapie, psychologie et ergothérapie | 60% FR dans la limite de 1.5 % PMSS par séance dans la limite globale de 5 % PMSS par année civile et par bénéficiaire |
|---|--|

Pour les actes de psychomotricité, la prestation ne peut être inférieure à 25 euros par séance

Aides auditives

| | |
|--|--------------|
| Equipement 100% santé ⁽⁴⁾ (Classe 1) | 100 % PLV-MR |
|--|--------------|

| | |
|---|-------|
| Dans la limite d'une prise en charge tous les : | 4 ans |
|---|-------|

| | |
|---|------------------------------|
| Equipement de classe 2 à tarif libre : adulte (bénéficiaire de 21 ans ou plus) | 1700 Euros-MR par oreille |
|---|------------------------------|

| | |
|---|-------|
| Dans la limite d'une prise en charge tous les : | 4 ans |
|---|-------|

| | |
|---|------------------------------|
| enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans ou atteint de cécité) | 1700 Euros-MR par oreille |
|---|------------------------------|

| | |
|---|-------|
| Dans la limite d'une prise en charge tous les : | 4 ans |
|---|-------|

| | |
|--|----------|
| Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale | 100 % TM |
|--|----------|

Autres postes

| | |
|---|----------|
| Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale | 100 % BR |
|---|----------|

| | |
|---|---|
| Cures Thermales (Pour les enfants de moins de 16 ans) Frais médicaux, frais d'hébergement et frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale | 100 % FR dans la limite de 20 % PMSS |
|---|---|

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

Prévention

| | |
|---|---|
| Les médicaments et produits à base de nicotine, prescrits par un médecin dans un but de sevrage tabagique, avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor pris en charge ou non par la Sécurité sociale | 60% FR avec un minimum de 25 € dans la limite de 4% PMSS par année civile et par bénéficiaire |
|---|---|

| | |
|----------------------------------|---|
| Consultation chez un diététicien | 60 % FR dans la limite de 1.5% PMSS par séance et de 4.50 % PMSS par année civile et par bénéficiaire |
|----------------------------------|---|

| | |
|--|----------|
| Tout acte de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale | 100 % TM |
|--|----------|

| | |
|--|--------|
| La Téléconsultation Voir présentation au chapitre " Santé au quotidien" | Inclus |
|--|--------|

| | |
|--|-------|
| Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant. L'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'article D1172-2 du Code de la santé publique. Par année civile et par bénéficiaire | 200 € |
|--|-------|

Complémentaire
responsable socle
obligatoire

En complément de la
Sécurité sociale

Optique

Verres et Monture

Dans la limite d'un équipement tous les : 2 ans

Votre sélection de grille optique est présentée au chapitre « Vos garanties Optique dans le détail »

Equipements 100% Santé⁽⁵⁾ 100 % PLV-MR

Autres postes optique

Implants oculaires (anneaux intracornéens, implants de chambre antérieure dont les implants « clipsés », implants de chambre postérieure, implants multifocaux) (par oeil) 25 % PMSS

Les lentilles de contact correctrices prises en charge par la sécurité sociale
Par année civile et par bénéficiaire 10 % PMSS

Au delà du forfait nous garantissons au minimum : 100 % TM

Les lentilles de contact correctrices, y compris les lentilles jetables et produits d'entretien, non prises en charge par la sécurité sociale
Par année civile et par bénéficiaire 10 % PMSS

L'opération par laser (lasik ou PKR) (par oeil) par bénéficiaire
par année civile et par bénéficiaire 25 % PMSS

Assistance

Vous bénéficiez des services assistances du pack "Santé Entreprise" décrits au chapitre correspondant

Vos garanties Optique dans le détail

| | Niveau de défaut visuel | DANS LE RÉSEAU SANTÉCLAIR* sur le catalogue de tous les verres des 4 verriers de marque sélectionnés par Santéclair | HORS RÉSEAU SANTÉCLAIR garantie par verre (RO inclus) | |
|------------------------------|----------------------------------|---|--|---------|
| | | | ADULTES | ENFANTS |
| Verre UNIFOCAL Classe B | NIVEAU 101 - VERRE SIMPLE | 0€ de reste à charge sur tous les verres et traitements | 75 € | 75 € |
| | NIVEAU 102 – VERRE SIMPLE | | 100 € | 90 € |
| | NIVEAU 103 – VERRE COMPLEXE | | 130 € | 125 € |
| | NIVEAU 104 – VERRE COMPLEXE | | 220 € | 200 € |
| Verre MULTIFOCAL Classe B | NIVEAU 111 - VERRE COMPLEXE | | 170 € | 200 € |
| | NIVEAU 112 – VERRE COMPLEXE | | 220 € | 200 € |
| | NIVEAU 113 – VERRE TRÈS COMPLEXE | | 260 € | 200 € |
| | NIVEAU 114 – VERRE TRÈS COMPLEXE | | 300 € | 200 € |

| | |
|--|----------------------|
| MONTURE CLASSE B ADULTE ET ENFANT à partir de 16 ans (RO inclus) | 100 € |
| Monture classe B enfant de 0 à 15 ans (RO inclus) | 100 € |
| Prestations d'adaptation, filtres et suppléments optiques | 0€ de reste à charge |
| | 100% BRSS |

| | La classe A dans le réseau Santéclair | La classe A hors réseau |
|--|--|--|
| Prise en charge intégrale de l'équipement 100% santé (classe A) 2 verres + 1 monture (dont 30€ maximum pour la monture) | <p>OFFRECLAIR</p> <p>Équipement avec monture Origine France Garantie (choix de 80 montures) et 2 verres de marques amincis (selon le besoin de correction visuelle) anti-rayures et anti-reflets disponible chez tous les opticiens partenaire Santéclair</p> | Équipement au choix de l'opticien (choix de 54 montures) |

* Dans la limite des planchers prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret 2019-65 du 31 janvier 2019) et des plafonds prévus par le contrat responsable (décret 2019-21 du 11 janvier 2019), en fonction des corrections visuelles.

Limites de consommation :

- Adulte à partir de 16 ans : 1 équipement tous les 2 ans (sauf dérogation)
- Enfant : 1 équipement par an, ramené à 6 mois pour les enfants de 0 à 6 ans sous conditions

| | Puissance | Niveau Santéclair | Correspondance niveau ANI et contrat responsable |
|---------------------------------------|---|-------------------|--|
| Verres UNIFOCALX Adulte & Enfant | Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2 | NIVEAU 101 | SIMPLE |
| | Sphère de -6 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 Sphère de -6 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 Sphère de +4,25 à +6 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 6 Sphère de 0 à +4 et cylindre de 2,25 à 6 et S+C ≤ 6 | NIVEAU 102 | |
| | Sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4 Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 Sphère de 0 à +8 et S+C > 6 | NIVEAU 103 | COMPLEXE |
| | Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre | NIVEAU 104 | |
| Verres MULTIFOCALX Adulte & Enfant | Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2 | NIVEAU 111 | COMPLEXE |
| | Sphère de -8 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 Sphère de -8 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 Sphère de +4,25 à +8 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 8 Sphère de 0 à +5,75 et cylindre de 2,25 à 8 et S+C ≤ 8 | NIVEAU 112* | |
| | Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 Sphère de 0 à +8 et S+C > 8 | NIVEAU 113 | TRÈS COMPLEXE |
| | Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre | NIVEAU 114 | |

* Les plages de sphères de ±4,25 à ±8 avec cylindre = 0 et cylindres de 4,25 à 8 avec sphère = 0 sont des verres très complexes considérés comme complexes dans les remboursements.

Comprendre les abréviations de votre tableau de garanties

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

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

TM = Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

FR = Frais réel

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

MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.

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

HLF = Les Honoraires Limites de Facturations (HLF).

Définitions 100% Santé

Dentaire

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

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

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

Aides auditives

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

Optique

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

2. L'étendue des garanties pour les maintiens de l'assurance

2.1. Maintien de l'assurance en cas d'invalidité

- **L'étendue des garanties**

Les garanties sont celles prévues pour les salariés en activité.

Les anciens salariés désirant bénéficier de ce maintien doivent s'acquitter des cotisations afin de conserver le même niveau de garantie qu'au jour de la rupture de leur contrat de travail.

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

- **L'étendue des garanties**

Les garanties sont celles prévues pour les salariés en activité.

Les ayants droit de l'assuré désirant bénéficier de ce maintien doivent s'acquitter des cotisations afin de conserver le même niveau de garantie qu'au jour du décès de l'assuré.

2.3. Maintien de l'assurance en cas de réserves militaires ou policières

L'assurance est obligatoirement étendue, aux mêmes clauses et conditions, aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée dont le contrat de travail est suspendu pour effectuer une période de réserve militaire ou policière.

La base de cotisations est égale aux salaires bruts des douze derniers mois civils soumis à cotisations de Sécurité sociale, au sens de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale, et précédant le mois du départ en période de réserve.

La cotisation salariale finançant les garanties est versée par le salarié auprès de son employeur, pour la part qui lui incombe. L'employeur se chargera de verser sa contribution et celle du salarié directement auprès de l'organisme assureur.

La cotisation est celle prévue pour les membres du personnel en activité

2.4. Maintien de l'assurance en cas de congés sans solde

- **L'étendue des garanties**

Les garanties sont celles prévues pour les salariés en activité.

Pendant la période de suspension du contrat de travail non indemnisée, les garanties sont maintenues au bénéfice du salarié :

- pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension dès lors qu'il y aura eu paiement de la cotisation par le souscripteur ;
- le mois civil suivant le mois au cours duquel intervient cette suspension, sans contrepartie de cotisation.

Au-delà, la cotisation due est celle prévue pour le personnel en activité.

Les salariés désirant bénéficier de ce maintien doivent s'acquitter des cotisations afin de conserver le même niveau de garantie qu'au jour de la suspension de leur contrat de travail.

2.5. Maintien de l'assurance en cas de congé de reclassement volontaire

- **L'étendue des garanties**

Les garanties sont celles prévues pour les salariés en activité.

Les anciens salariés désirant bénéficier de ce maintien doivent s'acquitter des cotisations afin de conserver le même niveau de garantie qu'au jour de la suspension de leur contrat.

3. Les dispositions relatives aux bénéficiaires

3.1. Les bénéficiaires de la garantie

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

■ Votre conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale ou de tout autre régime social de base :

- Est assimilé au conjoint, dans le cas où la situation de l'ayant droit ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, votre 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 L. 515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.

■ Vos enfants et ceux de votre conjoint, partenaire PACS ou concubin affiliés à la Sécurité sociale ou à tout autre régime de base, répondant à la définition suivante :

- les enfants jusqu'à leur 18ème anniversaire sans condition,

- les enfants majeurs jusqu'à leur 28ème anniversaire :

- poursuivant leurs études dans le cycle secondaire ou supérieur,

- titulaires d'un contrat de travail destiné à favoriser l'insertion dans la vie professionnelle (contrat d'apprentissage, de professionnalisation, CAE (Contrat d'accompagnement dans l'emploi)...) ou d'un contrat similaire,

- en période de service civique,

- à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi, sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de 6 mois,

- les enfants handicapés, quel que soit leur âge, s'ils sont bénéficiaires de l'allocation des adultes handicapés (AAH) ou de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou s'ils sont titulaires d'une carte d'invalidité.

Sont également considérés comme ayants droit, les enfants répondant à la définition ci-dessus pour lesquels l'assuré(e) verse une pension alimentaire.

■ Vos ascendants (y compris les ascendants autres que les parents) et ceux du conjoint (ou du partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou du concubin) à leur charge fiscale. Le nombre des ascendants est limité à deux.

3.2. Les conditions d'adhésion au régime socle

Pour vous, assuré

Sont admis au contrat :

■ à sa date d'effet, l'ensemble des salariés assurés à la veille de ladite date, au titre du contrat précédent celui-ci,

■ ultérieurement, sauf dispositions dérogatoires prévues par la réglementation en vigueur, dès la date d'entrée dans la catégorie assurée, les salariés dont le contrat de travail est en vigueur et qui sont affiliés à un régime obligatoire de Sécurité sociale.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu, avec ou sans indemnisation du souscripteur, pour maladie, accueil de l'enfant, deuil de l'enfant, ou accident, 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 à la catégorie assurée, dans les conditions et limites qui leur sont applicables aux termes des dispositions du Code de la Sécurité sociale et du Code du commerce. Le respect des dispositions légales et éventuellement réglementaires régissant l'octroi des avantages de prévoyance aux mandataires sociaux salariés ou assimilés salariés relève de la seule responsabilité du souscripteur.

La durée de la garantie du régime socle

Le début de la garantie du régime socle

Vous bénéficiez de notre garantie :

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

Nous remboursons les soins dont la date figurant sur le bordereau de la Sécurité sociale est comprise entre le début et la fin de la garantie. Nous remboursons également les prestations, non prises en charge par la sécurité sociale mais ayant un lien avec les régimes de 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 du régime socle

Vous cessez de bénéficier de la garantie dès :

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

Pour vos ayants droit

Vos ayants droit bénéficient de la garantie au plus tôt à la date d'effet du contrat, ou à la date à laquelle ils répondent à la définition des ayants droit visée au paragraphe "Les bénéficiaires de la garantie". La cessation de l'assurance pour vous, assuré, s'applique à vos ayants droit à la même date.

4. Les dispositions relatives à la garantie frais de santé

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

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

4.1. Nos remboursements de la garantie Frais de santé

Contrat « responsable »

Votre contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif et réglementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale et est conforme aux dispositions de la réforme du « 100% santé », instituée par la Loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019. En conséquence :

Il prend en charge :

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

Il ne prend pas en charge :

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

Il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci. Il permet également à vous, et à vos 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.

En outre, le présent contrat :

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

Les frais que nous prenons en charge

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

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

HOSPITALISATION

- les frais de séjour, y compris les produits de la LPP (Liste des Produits et Prestations) facturables et les spécialités pharmaceutiques,
- les honoraires médicaux et chirurgicaux,
- le forfait actes lourds,
- le forfait journalier sans limitation de durée,
- la chambre particulière,
- les frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 17 ans.

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

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement sont pris en charge à partir du 1er jour d'hospitalisation. En cas de césarienne, les frais sont pris en charge dès le 1er jour au titre de l'hospitalisation.

La prise en charge des frais d'accompagnant est limitée à 30 jours par an pour l'hébergement en maison de parents.

MATERNITE

- Suite à son accouchement, la bénéficiaire perçoit un forfait naissance par enfant
- Lors de l'adoption d'un enfant, le bénéficiaire perçoit un forfait par enfant

DENTAIRE

- les 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,
- les prothèses fixes, et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations) remboursés par la Sécurité sociale,
- l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale.
- la parodontologie non remboursée
- l'implantologie
- les inlays onlays
- les inlay core

SOINS COURANTS

- les consultations des médecins généralistes et spécialistes, les visites, de même que les actes techniques médicaux et les actes de chirurgie qu'ils peuvent réaliser,
- les séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale,
- les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes),
- les examens médicaux (analyses biologiques, radiographies, actes d'imagerie, échographies et dopplers...),
- les médicaments homéopathiques et pilules contraceptives non pris en charge par la Sécurité sociale, médicalement prescrits, figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'ANSM,
- les appareillages et autres prothèses diverses : pansements, béquilles, prothèses mammaires, capillaires...
- les médicaments pris en charge par la Sécurité sociale,

MEDECINES NON CONVENTIONNELLES

- Les consultations de médecine alternative effectuées par des praticiens reconnus par la Sécurité sociale, à savoir disposant d'un numéro de référencement ADELI, RPPS ou FINESS.

AIDES AUDITIVES

- les prothèses auditives.
- Les consommables, piles ou accessoires pris en charge par la Sécurité sociale.

AUTRES POSTES

- Cures thermales : les frais médicaux, les frais d'hébergement et les frais de transport pour la même durée que celleremboursée par la Sécurité sociale,
- Les frais de transport.

PRÉVENTION

- les actes de prévention tels que prévus par l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale,
- une consultation chez un diététicien,
- les substituts nicotiques pris en charge ou non par la Sécurité sociale et médicalement prescrits,
- les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant, par année civile et par bénéficiaire, à hauteur de 200 euros. L'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'article D1172-2 du Code de la santé publique.

OPTIQUE

- la monture,
- les verres,
- les implants intra oculaires
- les lentilles de contact correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale,
- l'opération par laser (lasik ou PKR) remboursée ou non par la Sécurité sociale.

EXCLUSIONS

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

4.2. Les documents nécessaires au remboursement

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

LES PRESTATIONS

LES DOCUMENTS A NOUS TRANSMETTRE

HOSPITALISATION

Selon la facturation dont relève l'établissement :

- Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,
- La facture acquittée et détaillée (*),
- L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement.

Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires (*).

| LES PRESTATIONS | LES DOCUMENTS A NOUS TRANSMETTRE |
|--|---|
| MATERNITE | |
| | Une copie de l'acte de naissance de l'enfant, L'attestation de Sécurité sociale de l'assuré mentionnant le rattachement de l'enfant. |
| Forfait adoption. | La copie du jugement d'adoption plénière. L'attestation de Sécurité sociale de l'assuré mentionnant le rattachement de l'enfant. |
| DENTAIRE | |
| | Le décompte de la Sécurité sociale (*). |
| Pour les prothèses ou actes de parodontologie. | La facture acquittée et détaillée de tous les actes mentionnant en particulier le numéro des dents soignées (*). |
| Pour les actes inférieurs à 800 euros (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. |
| SOINS COURANTS | |
| Honoraires médicaux. | Le décompte de la Sécurité sociale et la facture acquittée et détaillée (*). |
| Les médicaments remboursés par la Sécurité sociale. | |
| Les pilule contraceptives non remboursés par la Sécurité sociale et prescrites par un médecin. | |
| Les médicaments homéopathiques non remboursés par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin. | La prescription médicale et la facture acquittée et détaillée (*). |
| Les analyses et actes d'imagerie médicale non remboursés par la Sécurité sociale | |
| LES APPAREILLAGES ET AUTRES PROTHESES DIVERSES (AUTRES QUE LES PROTHESES DENTAIRES ET AUDITIVES) | |
| | Le décompte de la Sécurité sociale (*). |
| En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale. | La facture acquittée et détaillée. |
| MEDECINE NON CONVENTIONNELLE | |
| | La facture acquittée et détaillée avec le n° ADELI, le n° RPPS ou le n° FINESS du praticien (*). |
| AIDES AUDITIVES | |
| | Le décompte de la Sécurité sociale (*). |
| En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale. Pour les dispositifs achetés au sein du réseau de partenaires. | La facture acquittée et détaillée. Une demande de prise en charge. |
| AUTRES POSTES | |
| Frais de transport. | Le décompte de la Sécurité sociale (*). |
| Cures thermales. | Les factures acquittées et détaillées. |
| PREVENTION | |
| Les actes de prévention. | Le décompte de la Sécurité sociale (*). |
| Consultation chez un diététicien | La facture acquittée et détaillée (*). |
| Les substitutifs nicotiniques. | Le décompte de la Sécurité sociale ou la facture acquittée et détaillée s'il n'a pas été remboursé par la Sécurité sociale (*). |
| Les séances d'activité en cas d'affection longue durée. | La prescription du médecin traitant mentionnant « Activité physique adaptée» et l'original de la facture. |

| LES PRESTATIONS | LES DOCUMENTS A NOUS TRANSMETTRE |
|---|---|
| OPTIQUE | |
| | Le décompte de la Sécurité sociale (*). |
| Pour les lunettes ou l'implant intraoculaire. | La facture acquittée et détaillée 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 la facture acquittée et détaillée (*). |
| Pour l'opération de l'œil. | La facture acquittée et détaillée (*). |
| Pour les actes inférieurs à 600 euros (300 euros pour les lentilles). | Les pièces numérisées sont acceptées. |

(*) Vous pouvez nous communiquer l'original ou une copie du document.

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 ainsi que le nom et prénom du bénéficiaire.

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

En cas d'intervention sur des prestations réglées par un autre organisme (cas de reste à charge complémentaire d'un ayant droit), l'original du décompte ou le décompte électronique de la première complémentaire doit être fourni, accompagné des éventuelles factures par courrier (ex : copie facture optique, prothèse dentaire...).

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.

5. Santé au quotidien

5.1. Téléconsultation

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

C'est un service accessible 24h/24, 7j/7, partout dans le monde, réservé aux bénéficiaires AXA France. L'entretien est protégé par le secret médical.

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

Le service est autorisé par la CNIL et les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé et sont conservées 20 ans.

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

6. Accompagnement dans les moments difficiles

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

Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

Si le bénéficiaire est hospitalisé ou immobilisé à son domicile plus de 5 jours, nous organisons et prenons en charge l'acheminement d'un proche à son chevet.

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 le bénéficiaire est hospitalisé ou immobilisé à son domicile plus de 5 jours, nous organisons et prenons en charge la garde de ses enfants et petits-enfants, dès le 1er jour d'hospitalisation, s'ils ont moins de 15 ans et si personne d'autre que le bénéficiaire ne peut en assurer la garde :

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

Cette prestation est limitée à 30 heures, réparties sur 15 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour. Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation.

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

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

Aide-ménagère à domicile

Si le bénéficiaire est hospitalisé ou immobilisé à son domicile plus de 5 jours, nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère à domicile, soit pendant la durée de l'hospitalisation, soit dès le retour au domicile, pour assurer les tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire doit nous en faire la demande dans les 8 jours suivant son hospitalisation.

Nous limitons toutefois cette aide à la période de 30 jours suivant l'hospitalisation. La durée de présence de l'aide-ménagère est fixée par notre équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder 30 heures, réparties sur 15 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.

6.2. 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.

6.3. En cas de décès du bénéficiaire

Si le bénéficiaire décède dans un rayon de plus de 200 km du domicile, nous organisons le rapatriement du corps ou des cendres du bénéficiaire du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation situé en France.

7. Les maintiens de garantie dont vous bénéficiez

7.1. Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail

Tant que le contrat d'assurance est en vigueur, nous maintenons les garanties du contrat aux anciens salariés appartenant au groupe assuré, en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les dispositions suivantes.

Bénéficiaires du maintien

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

Les droits à garanties complémentaires doivent être ouverts à l'ancien salarié, au jour de la cessation de son contrat de travail.

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

Prise d'effet et durée du maintien

La garantie prend effet à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail du salarié assuré, pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail, ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. La durée de la portabilité est appréciée en mois entiers, arrondie au nombre supérieur dans la limite de 12 mois.

Cessation du maintien des garanties

Nous cessons le maintien des garanties à la survenance du premier de ces événements :

- au terme de l'indemnisation par pôle emploi ;
- à l'épuisement des droits acquis au titre de la portabilité ;
- au terme de la durée maximale prévue à l'article ci-dessus ;
- au jour où le bénéficiaire trouve un nouvel emploi ou liquide ses droits à pension de retraite ;
- à la date de résiliation ou non renouvellement du contrat d'assurance.

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

Modalités d'information

Il appartient à l'ancien salarié de nous justifier directement ses droits à indemnisation du chômage pour bénéficier du présent maintien. A défaut, les prestations sont versées à partir de la date de réception des justificatifs établissant l'indemnisation au titre du chômage.

L'ancien salarié s'engage à nous déclarer sa reprise du travail ou la liquidation de ses droits à pension de retraite dans un délai de 8 jours après la survenance de l'un de ces deux événements.

Le défaut de déclaration entraîne la restitution des prestations réglées postérieurement au délai susmentionné.

Pièces complémentaires à fournir en cas de sinistre

La justification par l'ancien salarié de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'étendue des garanties

Les garanties sont celles prévues pour les salariés en activité.

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

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

Bénéficiaires du maintien

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

Peuvent souscrire les anciens salariés :

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

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

Formalités et durée du maintien

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

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

Pour bénéficier de ce maintien de garantie pendant 12 mois, les ayants droits doivent en faire la demande dans les 2 mois qui suivent le décès ou la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

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

Cotisation

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

1. La première année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
2. La deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
3. La troisième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

7.3. Maintien de l'assurance en cas de congés sans solde

Bénéficiaires du maintien

Nous maintenons les garanties conformément aux dispositions suivantes, aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée visée dans votre Notice dont le contrat de travail est suspendu, sans indemnisation du souscripteur, pour les congés visés ci-dessous :

- CONGE PARENTAL D'EDUCATION
- CONGE DE PRESENCE PARENTALE
- CONGE DE SOLIDARITE FAMILIALE
- CONGE DE PROCHE AIDANT
- CONGE POUR CREATION OU REPRISE D'ENTREPRISE
- CONGE POUR PROJET DE TRANSITION PROFESSIONNELLE
- CONGE SABBATIQUE

Formalités et durée du maintien

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

Le maintien de l'assurance cesse :

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

La cessation de l'assurance pour l'assuré s'applique à ses ayants droit à la même date.

7.4. Maintien de l'assurance en cas de congés de reclassement volontaire dans le cadre d'un Plan de Sauvegarde de l'Emploi (PSE)

Bénéficiaires du maintien

Nous maintenons les garanties conformément aux dispositions suivantes, aux salariés relevant du groupe assuré bénéficiant d'un congé de reclassement volontaire dans le cadre d'un Plan de Sauvegarde de l'Emploi (PSE).

Formalités et durée du maintien

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

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

- à la date de fin du Congé de Reclassement,
- à la date de rupture du contrat de travail,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- en cas de résiliation du contrat.

7.5. Maintien de l'assurance en cas d'invalidité

Bénéficiaires du maintien

Nous maintenons les garanties conformément aux dispositions suivantes, aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée visée dans votre Notice, dont le contrat de travail est rompu pour invalidité indemnisée comme telle par la Sécurité sociale.

Formalités et durée du maintien

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

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

- à la date de fin d'indemnisation de l'invalidité par la Sécurité sociale,
- au plus tard au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite à taux plein,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail), sauf lorsque l'assuré bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite,
- et, en tout état de cause, en cas de résiliation du contrat.

La cessation de l'assurance pour l'assuré s'applique à ses ayants droit à la même date.

Une assurance individuelle, telle que définie à l'article "Maintien des garanties conforme à l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989", peut être souscrite auprès de l'assureur dans les 2 mois qui suivent la cessation du maintien.

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

Bénéficiaires du maintien

Nous maintenons les garanties du contrat à la date du décès de l'assuré, sous réserve des dispositions ci-après, aux ayants droit de l'assuré. La qualité d'ayant droit, au sens de l'article "Les bénéficiaires de la garantie" de votre Notice, s'apprécie à la date du décès de l'assuré.

Formalités et durée du maintien

La demande d'affiliation individuelle doit parvenir à l'assureur dans les 30 jours qui suivent le décès de l'assuré, la garantie prenant effet à ladite date. Le dépassement du délai visé ci-dessus entraîne forclusion définitive .

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

- à la date de cessation de paiement des cotisations,
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail), sauf lorsque l'ayant droit bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite,
- en cas de résiliation du contrat.

En cas de résiliation du contrat, une assurance individuelle peut être souscrite auprès de l'assureur conformément aux dispositions prévues à l'article "Maintien des garanties conforme à l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989".

8. Les dispositions relatives à votre contrat

8.1. La prescription

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

Conformément aux dispositions de l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant 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 dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

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

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

■ La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).

■ La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).

■ L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).

■ L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).

■ Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).

■ L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).

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

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

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

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

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

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

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

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

Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités.

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

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

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

8.4. Nous contacter

Au préalable :

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

- vos prénom et nom,
- le numéro du contrat frais de santé collective : contrat N° 270512440
- la raison sociale de votre employeur : ORANO

En cas de réclamation :

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

Comment adresser votre réclamation ?

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser au service clients avec lequel vous êtes en relation, ou, à tout moment, au Service Réclamations :

- via le formulaire de contact sur **axa.fr** ou en ligne depuis votre Espace Client AXA
- ou par courrier, à l'adresse suivante : **AXA France - Service Réclamations - TSA 46307 - 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9**

Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de 10 jours.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de 60 jours.

La saisine du médiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

- Dans un délai de 2 mois après votre première réclamation écrite, que vous ayez reçu une réponse ou non de notre part
- Et en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre réclamation écrite

Cette saisine peut se faire :

- par e-mail sur le site **mediation-assurance.org**
- ou par courrier, à l'adresse suivante : **Monsieur le médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09**

L'intervention du Médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet.

Les deux parties, vous-même et AXA, restent libres de le suivre ou non.

Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

9. Définitions

9.1. Définitions générales à votre contrat

Accord tacite

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

Accueil de l'enfant

La notion d'accueil de l'enfant renvoie aux congés de maternité (tel que défini à l'article L1225-7 du Code du travail), d'adoption (tel que défini à l'article L1225-37 du Code du travail), de paternité et d'accueil de l'enfant (tels que définis à l'article L1225-35 du Code du travail).

Actes d'imagerie

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

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

Assuré

Salarié du groupe assuré.

Analyses biologiques

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

Appareillage

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

Assureur

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

Auxiliaires médicaux

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

Avis d'échéance de cotisation

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

Ayants droit

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

Base de remboursement

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

On parle de :

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

Bénéficiaires

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

Chambre particulière

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

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

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

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

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

Il prend en charge :

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

Il ne prend pas en charge :

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

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

Il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci. Il permet également à vous, et à vos 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.

En outre, le présent contrat :

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

Conventionné / non conventionné

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

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

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 Complémentaire Santé Solidaire.

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.

Deuil de l'enfant

La notion de deuil de l'enfant renvoie au congé tel que défini à l'article L3142-1-1 du Code du Travail.

Disposition dérogatoire

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

DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée

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

Établissement de santé

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

Forfait actes lourds

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

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

Forfait journalier hospitalier

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

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

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

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

Frais de séjour

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

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

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

Frais réels

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

Franchise médicale

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

Son montant est de :

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

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

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

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

Groupe assuré

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

Hospitalisation

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

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

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

Implantologie dentaire

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

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

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

Indexation

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

Lentilles

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

Lit d'accompagnant

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

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

LPP

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

Lunettes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Médiateur

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

Médicaments

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

Il existe quatre taux de remboursement des médicaments :

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

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

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

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

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

Médicaments prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale

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

Notice d'information

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

Ordonnance

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

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

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

Orthodontie

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

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

Parcours de soins coordonné

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

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

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

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

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

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

Parodontologie

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

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

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

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

Participation forfaitaire d' 1 €

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

- des enfants de moins de 18 ans,
- des femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse,

et des bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire 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 ».

Prestation d'adaptation

Adaptation de la prescription médicale de verre correcteur par l'opticien-lunetier, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres correcteurs.

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 » ont des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Prothèses auditives

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

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

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

Prothèses dentaires

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

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

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

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

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

Sécurité sociale

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

Soins dentaires

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

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

Souscripteur

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

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.

9.2. 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.

Équipe médicale

Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur.

Hospitalisation

Admission dans un établissement de santé en vue d'un traitement médical ou chirurgical prescrit par un médecin (y compris dans un service d'urgences et hospitalisation ambulatoire) entraînant par la suite une immobilisation au domicile.

Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au domicile, sur prescription médicale (arrêt de travail ou incapacité totale temporaire) pour une durée supérieure à 5 jours.

Maladie

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

Médecin

Médecin généraliste.

Membre de la famille

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

Proche

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

Téléconsultation

Consultation médicale par téléphone.

Territorialité

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

CONTRAT FRAIS DE SANTE COLLECTIF D'ENTREPRISE

ATTESTATION DE REMISE DE LA NOTICE

Merci de remplir cette attestation et de la remettre à votre employeur

Je, soussigné (prénom, nom), déclare avoir bien reçu la notice du contrat collectif frais de santé N° 270512440 que m'a remise mon employeur;



Exemples de remboursements (Informations non contractuelles)

Conformément à notre engagement sur la lisibilité des garanties, vous trouverez ci-dessous les exemples de remboursement (dont les exemples normés) en euros correspondant aux garanties de votre contrat au **1er janvier 2023**. Les montants servant de référence dans les exemples normés sont les tarifs nationaux moyens mis à disposition par l'Union Nationale des Organismes Complémentaire à l'Assurance Maladie (UNOCAM). Ces exemples viennent en complément du régime Général, en secteur conventionné pour tous les assurés non considérés en Affection Longue Durée (ALD) par la Sécurité sociale.

| Base | Montant de référence | Remboursement de la Sécurité sociale | Remboursement de votre complémentaire santé | Reste à charge | Précisions |
|---|----------------------|--------------------------------------|---|----------------|---|
| Hospitalisation | | | | | |
| Forfait journalier hospitalier | 20 € | - € | 20 € | - € | Hors hospitalisation en milieu psychiatrique |
| Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte | 413 € | 271,70 € | 141,30 € | - € | Opération de la cataracte (acte BFGA427). Comme il s'agit d'un acte lourd le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 € qui peut être prise en charge par votre assurance complémentaire. |
| Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte | 451 € | 271,70 € | 179,30 € | - € | Opération de la cataracte (acte BFGA427). Comme il s'agit d'un acte lourd le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 € qui peut être prise en charge par votre assurance complémentaire. |
| Dentaire | | | | | |
| Détartrage | 43,38 € | 30,37 € | 13,01 € | - € | |
| Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé) | 500 € | 84 € | 416 € | - € | |
| Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires | 550 € | 84 € | 466 € | - € | |
| Couronne céramo-métallique sur molaires | 547,90 € | 84 € | 463,90 € | - € | |
| Soins courants | | | | | |
| Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires | 25 € | 16,50 € | 7,50 € | 1 € | Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale |
| Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) | 50 € | 16,50 € | 32,50 € | 1 € | Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale |
| Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) | 55 € | 15,10 € | 29,90 € | 10 € | Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale |
| Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique sans dépassement d'honoraires | 30 € | 20 € | 9 € | 1 € | Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale |
| Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) | 44 € | 20 € | 23 € | 1 € | Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale |
| Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) | 58 € | 15,10 € | 29,90 € | 13 € | Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale |
| Consultation d'un professeur en médecine avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) | 330 € | 47,30 € | 87,84 € | 193 € | Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale |
| Aides Auditives | | | | | |
| Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé) | 950 € | 240 € | 710 € | - € | Pour adulte de plus de 21 ans |
| Aide auditive de classe II par oreille | 1 534 € | 240 € | 1 294 € | - € | Pour adulte de plus de 21 ans |
| Aide auditive de classe II par oreille haut de gamme | 2 000 € | 240 € | 1 460 € | 300 € | Pour adulte de plus de 21 ans |

| Base | Montant de référence | Remboursement de la Sécurité sociale | Remboursement de votre complémentaire santé | Reste à charge | Précisions |
|--|----------------------|--------------------------------------|---|----------------|---|
|  Optique | | | | | |
| Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé) | 125 € | 22,50 € | 102,50 € | - € | Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil |
| Equipement optique de classe B Adulte (monture+ verres) de verres unifocaux | 339 € | 0,09 € | 293,91 € | 45 € | Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil pour un adulte avec une monture au tarif de 145 € et 2 verres au tarif de 194 € (hors réseau Santéclair) |