Solutions AXA
pour les entreprises
Santé

Notice d'information Santé Entreprise Surcomplémentaire Non responsable

POUR L'ENTREPRISE
HIGHSKILL

Votre contrat n° 284018662

assurance **citoyenne**

SOMMAIRE

Chapitre	Page	Article	
PRÉAMBULE	**3**		
1. VOS GARANTIES EN DETAIL	**4**		
2. Les dispositions relatives aux bénéficiaires	**10**	2.1.	Les bénéficiaires de la garantie
	10	2.2.	Les conditions d'adhésion au régime surcomplémentaire
3. Les dispositions relatives à la garantie frais de santé	**12**	3.1.	Nos remboursements de la garantie Frais de santé
	14	3.2.	Les documents nécessaires au remboursement
4. Les maintiens de garantie dont vous bénéficiez	**17**	4.1.	Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail
	18	4.2.	Maintien des garanties conforme à l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989
5. Les dispositions relatives à votre contrat	**19**	5.1.	La prescription
	20	5.2.	Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale
	20	5.3.	La législation relative aux traitements des données à caractère personnel
	20	5.4.	Nous contacter
6. Définitions	**22**	6.1.	Définitions générales à votre contrat

PRÉAMBULE

Votre employeur, la société HIGHSKILL a souscrit un contrat de surcomplémentaire frais de santé collective référencé au numéro 284018662.
Il vient en complément de votre contrat socle référencé n°284018642.

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 de surcomplémentaire frais de santé collective à adhésion facultative que votre employeur a conclu avec nous.
Le contrat frais de santé collective souscrit par votre employeur prend effet le 1er octobre 2022.
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 et de la surcomplémentaire.
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.
Si l'assuré consulte un médecin non conventionné avec la Sécurité sociale, la base de remboursement retenue est celle du tarif d'autorité.

	Surcomplémentaire non responsable	
	Option 1	Option 2
	Y compris la base obligatoire	
Hospitalisation **les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation**		
Frais de séjour		
dans un établissement conventionné	225 % BR-MR	225 % BR-MR
dans un établissement non conventionné	225 % BR-MR	225 % BR-MR
Honoraires		
Consultation d'un médecin adhérent à l'un des DPTAM	245 % BR-MR	245 % BR-MR
Consultation d'un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	245 % BR-MR	245 % BR-MR
Chambre particulière (par jour)	75 €	105 €
Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	100 % du forfait
Forfait actes lourds	100 % du forfait	100 % du forfait
Lit d'accompagnant (par jour) Sans limitation de durée pour les séjours en psychiatrie D'un enfant de moins de: 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:	75 € 16 ans 30 jour(s)	105 € 16 ans 30 jour(s)
Dentaire		
Soins (hors 100% Santé)		
Consultations, soins courants (hors inlays onlays d'obturation), radiologie et chirurgie	250 % BR-MR	250 % BR-MR
Actes de parodontologie non pris en charge par la Sécurité sociale Par année civile et par bénéficiaire	400 €	500 €
Soins et prothèses 100% Santé(1)	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR

	Surcomplémentaire non responsable	
	Option 1	Option 2
	Y compris la base obligatoire	
Dentaire		
Prothèses (Hors 100% Santé)		
à tarif limité [2] (y compris Inlay Onlay)	350 % BR-MR	500 % BR-MR
Dans la limite de :	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
à tarifs libre [3] (y compris Inlay Onlay)	350 % BR-MR	500 % BR-MR
Prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale, Par année civile et par bénéficiaire	250 €	300 €
Orthodontie		
prise en charge par la Sécurité sociale	350 % BR-MR	500 % BR-MR
non prise en charge par la Sécurité sociale par semestre	500 % BRR	500 % BRR
Dans la limite de :	4 Semestre(s) consécutif(s)	4 Semestre(s) consécutif(s)
Implantologie dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale Par année civile et par bénéficiaire	500 €	500 €
Soins courants		
Honoraires médicaux		
Consultation d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR-MR	270 % BR-MR
Consultation d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR-MR	270 % BR-MR
Consultation d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	245 % BR-MR	320 % BR-MR
Consultation d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	245 % BR-MR	320 % BR-MR
Visite d'un médecin adhérent à l'un des DPTAM	245 % BR-MR	320 % BR-MR
Visite d'un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	245 % BR-MR	320 % BR-MR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM
Acte technique médical ou chirurgical pratiqué par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	190 % BR-MR	190 % BR-MR
Acte technique médical ou chirurgical pratiqué par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	190 % BR-MR	190 % BR-MR
Acte d'imagerie, échographie et doppler pratiqué par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	190 % BR-MR	215 % BR-MR
Acte d'imagerie, échographie et doppler pratiqué par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	190 % BR-MR	215 % BR-MR
Analyses et examens de laboratoire		
pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR	100 % BR-MR
Honoraires paramédicaux		
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	100 % BR-MR	100 % BR-MR

	Surcomplémentaire non responsable	
	Option 1	Option 2
	Y compris la base obligatoire	
Soins courants		
Médicaments		
pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR	100 % BR-MR
non pris en charge par la Sécurité sociale (veinotoniques, diététique…) et prescrits par un médecin à l'exclusion de la contraception féminine prise en charge par la garantie ci-dessous. Par année civile et par bénéficiaire		60 €
homéopathiques non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin Par année civile et par bénéficiaire	60 €	60 €
Moyens de contraception féminine non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin Par année civile et par bénéficiaire		50 €
Matériel médical		
Appareillages, prothèses, produits et prestations non pris en charge au titre des postes prothèses dentaires, auditives et optiques	225 % BR-MR	225 % BR-MR
Médecines non conventionnelles		
Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, par séance	30 € Acupuncture, Chiropraxie, Diététique, Ostéopathie, Pédicurie-podologie, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie	40 € Acupuncture, Chiropraxie, Diététique, Ostéopathie, Pédicurie-podologie, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie
Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	3 séance(s)	3 séance(s)
Aides auditives		
Equipement 100% santé[4]	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	4 ans	4 ans
Equipement de classe 2 à tarif libre : adulte (bénéficiaire de 21 ans ou plus)	990 Euros-MR	1390 Euros-MR
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	4 ans	4 ans
enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans ou atteint de cécité)	1590 Euros-MR	1740 Euros-MR
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	4 ans	4 ans
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	225 % BR-MR	225 % BR-MR
Autres postes		
Frais de transport	100 % BR-MR	100 % BR-MR

	Surcomplémentaire non responsable	
	Option 1	Option 2
	Y compris la base obligatoire	
Prévention		
Le vaccin anti-grippal non pris en charge par la Sécurité sociale		15 €
Les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché Par année civile et par bénéficiaire	6 % PMSS	6 % PMSS
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, par année civile et par bénéficiaire	30 €	50 €
L'ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale. Par année civile et par bénéficiaire		50 €
Consultation chez un diététicien prescrite par un médecin, dans la limite d'une prise en charge durant la vie du contrat : Par enfant de moins de	1,25 % PMSS 12 ans	1,25 % PMSS 12 ans
Le test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (Test HPV) non pris en charge par la Sécurité sociale, sur la base de : Dans la limite d'une prise en charge tous les :	100 % BR-MR 3 ans	100 % BR-MR 3 ans
Tout acte de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale	Inclus	Inclus
La Téléconsultation Voir présentation au chapitre " Santé au quotidien"	Inclus	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 €	200 €
Optique		
Verres et Monture		
Dans la limite d'un équipement tous les :	2 ans	2 ans
Equipements 100% Santé[(5)]	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
Equipement à tarif libre (Classe B) avec monture et verres simples	320 Euros-MR	390 Euros-MR
avec monture et verres complexes	460 Euros-MR	550 Euros-MR
avec monture et verres très complexes	480 Euros-MR	570 Euros-MR
Dont monture	100 Euros-MR	100 Euros-MR

	Surcomplémentaire non responsable	
	Option 1	Option 2
	Y compris la base obligatoire	
Optique		
Autres postes optique		
Prestation d'adaptation (Classe A et B)	100 % PLV-MR	100 % PLV-MR
Par implant intraoculaire multifocal posé à l'occasion de l'opération de la cataracte.	400 €	450 €
Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale Par année civile et par bénéficiaire	115 €	215 €
La chirurgie réfractive, par œil, par bénéficiaire et par année civile	800 €	850 €
Assistance		
Vous bénéficiez des services assistances du pack "Confort" décrits au chapitre correspondant		
Vous bénéficiez des services assistances du pack "Aide aux aidants"décrits au chapitre correspondant		
Services		
Le Réseau Itélis permet aux assurés d'avoir accès à des soins de qualité, en protégeant leur budget La description de ce service est donnée au chapitre correspondant		

Informations sur le poste Optique

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe.

SIMPLES Avec verres unifocaux	COMPLEXES Avec verres unifocaux	COMPLEXES avec verres multifocaux	TRES COMPLEXES Avec verres multifocaux
■ Sphère entre -6 et 6 ■ Sphérocylindrique entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4 ■ Sphérocylindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 6	■ Sphère hors zone -6 et 6 ■ Sphérocylindrique entre -6 et 0 et Cylindre > 4 ■ Sphérocylindrique inf -6 et Cylindre sup = 0,25 ■ Sphérocylindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 6	■ Sphère entre -4 et 4 ■ Sphérocylindrique entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4 ■ Sphérocylindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 8	■ Sphère hors zone -4 et 4 ■ Sphérocylindrique entre -8 et 0 et Cylindre > 4 ■ Sphérocylindrique < -8 et Cylindre sup = 0,25 ■ Sphérocylindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 8

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.
MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.
BRR = Base de remboursement reconstituée. Prise en compte de la base de remboursement de la garantie prise en charge par la Sécurité sociale.
PLV = Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. **Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale**.

Définitions 100% Santé

Dentaire

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

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

2. Les dispositions relatives aux bénéficiaires

2.1. Les bénéficiaires de la garantie

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

- Votre conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale :
  - Est assimilé au conjoint, dans le cas où la situation de l'ayant droit ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, 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 :
  - s'ils sont à votre charge (ou à celle de votre conjoint) au sens de la Sécurité sociale et sont âgés de moins de 18 ans,
  - s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale, suivent des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance, et sont âgés de moins de 28 ans,
  - s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale, ont terminé leurs études depuis moins de 12 mois et sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi, et sont âgés de moins de 28 ans. Dans ce cas, ils bénéficient de la garantie pour une période maximale de 12 mois à compter de la date de fin de scolarité. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
  - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou allocation pour adulte handicapé (AAH)), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

2.2. Les conditions d'adhésion au régime surcomplémentaire

Pour vous, assuré

Pour adhérer au présent contrat, vous devez bénéficier du contrat socle obligatoire. Vous devez alors compléter le bulletin individuel d'adhésion pour vous-même et les mêmes ayants droit que ceux bénéficiant du contrat socle obligatoire.

La durée de la garantie de la surcomplémentaire

Le début de la garantie de la surcomplémentaire

Vous bénéficiez, selon le cas, de la garantie :

- dès la date d'effet du contrat, lorsque la demande d'adhésion est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- dès la date d'entrée dans l'entreprise ou dans le groupe assuré, lorsque la demande d'adhésion est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- dès la date de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage, PACS, concubinage, rupture de PACS, rupture de concubinage), lorsque la demande d'adhésion est reçue dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- dès le 1er janvier de chaque année, lorsque la demande d'adhésion est reçue avant le 1er novembre de l'année précédente, dans les cas non visés ci-dessus.

La fin de la garantie de la surcomplémentaire

- À votre initiative

Vous pouvez demander votre radiation de la garantie :
- à l'échéance annuelle de votre adhésion, en notifiant votre résiliation avec un préavis minimum de deux mois, la date d'expédition de la notification faisant foi pour le respect du délai.
- à tout moment sans frais ni pénalité, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de votre notification de résiliation.

La demande de résiliation doit nous être notifiée, conformément à l'article L113-14 du Code des assurances :

- par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale dédiée, mise à votre disposition sur notre site internet axa.fr, de manière à accélérer la prise en compte de votre demande, à défaut, à l'adresse de notre siège social.
- par voie électronique selon les modalités précisées sur notre site internet axa.fr

La cessation de la garantie entraîne votre radiation et celle de vos ayants droit.
Toute radiation est définitive.

- Dans les autres cas

Vous cessez de bénéficier du présent contrat quand vous ne bénéficiez plus du contrat socle obligatoire et en cas de résiliation du présent contrat.

Nous suspendons la garantie dans les cas de congés pendant lesquels votre contrat de travail est suspendu, comme par exemple, le congé parental total d'éducation, le congé pour création d'entreprise, le congé sabbatique ou le congé pour projet de transition professionnelle.

La cessation ou la suspension de la garantie s'applique à vous-même et vos ayants droit.

Pour vos ayants droit

Pour adhérer au présent contrat, les ayants droit doivent bénéficier du contrat socle obligatoire. Vous devez alors compléter le bulletin individuel d'adhésion pour les mêmes ayants droit que ceux bénéficiant du contrat socle obligatoire. La cessation de l'assurance pour vous, assuré, s'applique à vos ayants droit à la même date.

Le choix de l'option du contrat surcomplémentaire

Lors de votre adhésion, vous avez le choix entre plusieurs options de surcomplémentaire. Ces différentes options de votre contrat de surcomplémentaire sont décrites dans votre Notice. Ce choix vaut pour vous-même et vos ayants droit.

Vous pouvez modifier votre choix d'option pour vous-même et vos ayants droit dans les conditions suivantes :

- à la date de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage, PACS, concubinage, rupture de PACS, rupture de concubinage),
- au 1er janvier de chaque année, lorsque vous avez bénéficié d'une formule inférieure précédemment choisie pendant au moins 2 années civiles, sous réserve que la demande nous parvienne avant le 15 novembre précédent.

Les salariés en préavis de licenciement et les anciens salariés bénéficiant du maintien prévu en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage ne peuvent plus souscrire d'option.

3. Les dispositions relatives à la garantie frais de santé

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

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

3.1. Nos remboursements de la garantie Frais de santé

Contrat "non responsable"

Compte tenu du choix des garanties, votre contrat n'est pas éligible au dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables » (articles L 871-1 et L 160-13 du Code de la Sécurité sociale et décrets d'application).

Il ne prend, toutefois, pas en charge ni 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 frais que nous prenons en charge

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

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

HOSPITALISATION

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

Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière effectués dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.
Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement sont pris en charge à partir du 1er jour d'hospitalisation. En cas de césarienne, les frais (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le 1er jour au titre de l'hospitalisation.

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

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

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

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.

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...),
- médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, médicalement prescrits, figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'ANSM,
- les appareillages et autres prothèses diverses : pansements, béquilles, prothèses mammaires, capillaires...

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 celle remboursée par la Sécurité sociale,
- Les frais de transport.

PRÉVENTION

- les vaccins non remboursés par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché,
- les actes de prévention tels que prévus par l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale,
- une consultation prescrite par un médecin chez un diététicien par enfant de moins de 12 ans,
- 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 lentilles de contact correctrices remboursées par la Sécurité sociale,
- l'opération de la myopie et de l'hypermétropie par laser 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.

3.2. 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 (*).
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.

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS A NOUS TRANSMETTRE
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux. Les médicaments remboursés par la Sécurité sociale.	Le décompte de la Sécurité sociale et la facture acquittée et détaillée (*).
Les moyens de contraception féminine non remboursés par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin. Les médicaments non remboursés par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin.	La prescription médicale et la facture acquittée et détaillée (*).
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. Cures thermales.	Le décompte de la Sécurité sociale (*). Les factures acquittées et détaillées.
Frais d'obsèques.	Une copie de l'acte de décès et la facture détaillée des frais d'obsèques.
PREVENTION	
Les actes de prévention.	Le décompte de la Sécurité sociale (*).
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin. Consultation, prescrite par un médecin, chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans.	La prescription médicale et la facture acquittée et détaillée (*).
Un meilleur équilibre alimentaire sous la forme d'inscriptions à des programmes de coaching ou pour des produits diététiques médicalement prescrits dans tous les cas.	La prescription du médecin traitant mentionnant « produits diététiques ou programmes de coaching » et l'original de la facture.
Test HPV. 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 multifocal.	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.

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

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

4. Les maintiens de garantie dont vous bénéficiez

4.1. 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

Bénéficient 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 évènements.
Le défaut de déclaration entraine 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.

4.2. 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.
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.

5. Les dispositions relatives à votre contrat

5.1. La prescription

Nous vous informons ci-après des conditions d'application de la prescription :
Conformément aux dispositions de l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :
1. en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2. en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.
Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.
Conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.
Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L 114-2 du Code des assurances fait référence sont :
- **La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).**
- **La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).**
- **L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).**
- **L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).**
- **Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).**
- **L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).**
- **L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).**

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

5.2. 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.

5.3. 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 pourrons 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*

5.4. 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° 284018662
- la raison sociale de votre employeur : HIGHSKILL

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 à votre interlocuteur AXA habituel (ses coordonnées sont indiquées sur vos courriers et sur votre Espace Client en ligne) ou 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.

6. Définitions

6.1. 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.

Compensation

Mécanisme de mutualisation des contrats d'assurance.

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

Indice macroéconomique.

Consultation médicale

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

Contrat « responsable »

Votre contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif et règlementaire 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 CMU-Complémentaire.

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

2. Etablissements de santé

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

Cure thermale

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

Déclaration Sociale Nominative (DSN)

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

Dépassement d'honoraires

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

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

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

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 (allégement des cotisations sociales, meilleure revalorisation de certains actes techniques).

Établissement de santé

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

Forfait actes lourds

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

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

Forfait journalier hospitalier

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

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

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

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

Frais de séjour

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

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

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

Frais réels

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

Franchise médicale

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

Son montant est de :

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

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

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

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

Garantie Frais de santé facultative

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

Groupe assuré

Renvoie à la totalité des salariés pour lesquels le contrat frais de santé est conclu. Il est défini 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 connaitre le fonctionnement du contrat d'assurance, en particulier des garanties.

Ordonnance

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

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

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

Orthodontie

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

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

Parcours de soins coordonné

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

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

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

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

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

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

Parodontologie

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

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

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

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

Participation forfaitaire d' 1 €

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

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

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

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

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 » auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Prothèses auditives

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

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

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

Prothèses dentaires

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

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

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

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

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

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.

Votre interlocuteur AXA

Retrouvez l'ensemble de vos services
et documents contractuels
sur **Mon AXA** via axa.fr

AXA vous répond sur

Je choisis une assurance **citoyenne**

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

AXA France Vie - Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 € - RCS Nanterre 310 499 959 • **AXA France IARD** - Société Anonyme au capital de 214 799 030 € - RCS Nanterre 722 057 460 • 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex. **Entreprises régies par le Code des Assurances.**

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° 284018662 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 octobre 2022**. 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	355 €	247,70 €	107,30 €	**- €**	Opération de la cataracte (acte BFGA427)
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	431 €	247,70 €	183,30 €	**- €**	Opération de la cataracte (acte BFGA427)
Dentaire					
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	**- €**	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500 €	84 €	416 €	**- €**	
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	537,48 €	84 €	276 €	**177,48 €**	
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	84 €	276 €	**177,48 €**	
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 €	20 €	**13,50 €**	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 €	13,80 €	**26,10 €**	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie 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 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 avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56 €	15,10 €	29,90 €	**11 €**	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 €	89,70 €	**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	1 476 €	240 €	600 €	**636 €**	Pour adulte de plus de 21 ans
Aide auditive de classe II par oreille haut de gamme	2 000 €	240 €	600 €	**1 160 €**	Pour adulte de plus de 21 ans
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 (monture + verres) de verres unifocaux	345 €	0,09 €	279,91 €	**65 €**	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil avec une monture au tarif de 145 € et 2 verres au tarif de 200€ (Hors réseau Itelis)

Base + Option 1	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	355 €	247,70 €	107,30 €	**- €**	Opération de la cataracte (acte BFGA427)
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	431 €	247,70 €	183,30 €	**- €**	Opération de la cataracte (acte BFGA427)
Dentaire					
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	**- €**	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500 €	84 €	416 €	**- €**	
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	537,48 €	84 €	336 €	**117,48 €**	
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	84 €	336 €	**117,48 €**	
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 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 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 avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56 €	15,10 €	39,90 €	**1 €**	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 €	120,75 €	**161,95 €**	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	1 476 €	240 €	750 €	**486 €**	Pour adulte de plus de 21 ans
Aide auditive de classe II par oreille haut de gamme	2 000 €	240 €	750 €	**1 010 €**	Pour adulte de plus de 21 ans
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 (monture + verres) de verres unifocaux	345 €	0,09 €	299,91 €	**45 €**	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil avec une monture au tarif de 145 € et 2 verres au tarif de 200€ (Hors réseau Itelis)

Base + Option 2	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	355 €	247,70 €	107,30 €	**- €**	Opération de la cataracte (acte BFGA427)
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	431 €	247,70 €	183,30 €	**- €**	Opération de la cataracte (acte BFGA427)
Dentaire					
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	**- €**	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500 €	84 €	416 €	**- €**	
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	537,48 €	84 €	453,48 €	**- €**	
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	84 €	453,48 €	**- €**	
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 €	38,90 €	**1 €**	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie 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 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 avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56 €	15,10 €	39,90 €	**1 €**	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 €	172,50 €	**110,20 €**	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	1 476 €	240 €	1 150 €	**86 €**	Pour adulte de plus de 21 ans
Aide auditive de classe II par oreille haut de gamme	2 000 €	240 €	1 150 €	**610 €**	Pour adulte de plus de 21 ans
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 (monture + verres) de verres unifocaux	345 €	0,09 €	299,91 €	**45 €**	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil avec une monture au tarif de 145 € et 2 verres au tarif de 200€ (Hors réseau Itelis)