Solutions AXA
pour les entreprises
Santé

Notice d'information Santé Entreprise Responsable

POUR L'ENTREPRISE
HIGHSKILL

Votre contrat n° 284018642

assurance **citoyenne**

SOMMAIRE

Chapitre	Page	Article	
PRÉAMBULE	**3**		
1. VOS GARANTIES EN DETAIL	**4**		
2. L'étendue des garanties pour les maintiens de l'assurance	**10**	2.1.	Maintien de l'assurance en cas de congé sans solde
3. Les dispositions relatives aux bénéficiaires	**11**	3.1.	Les bénéficiaires de la garantie
	11	3.2.	Les conditions d'adhésion au régime de base
4. Les dispositions relatives à la garantie frais de santé	**13**	4.1.	Nos remboursements de la garantie Frais de santé
	15	4.2.	Les documents nécessaires au remboursement
Protection SANTÉ	**19**		
5. Bien-être et prévention	**19**	5.1.	Conseil bien-être
	19	5.2.	Prévention cancer
6. Santé au quotidien	**20**	6.1.	Chat médico-social
	20	6.2.	Second Avis Médical
	20	6.3.	Téléconsultation
	20	6.4.	Les réseaux de professionnels de santé Itelis
7. Accompagnement dans les moments difficiles	**21**	7.1.	Palmarès des hôpitaux
	21	7.2.	Les services d'assistance dont vous bénéficiez
	22	7.3.	Les garanties d'assistance
8. Les maintiens de garantie dont vous bénéficiez	**31**	8.1.	Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail
	32	8.2.	Maintien des garanties conforme à l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989
	32	8.3.	Maintien de l'assurance en cas de congé sans solde
9. Les dispositions relatives à votre contrat	**34**	9.1.	La prescription
	35	9.2.	Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale
	35	9.3.	La législation relative aux traitements des données à caractère personnel
	35	9.4.	Nous contacter
10. Définitions	**37**	10.1.	Définitions générales à votre contrat
	47	10.2.	Définitions applicables aux services d'assistance

PRÉAMBULE

Votre employeur, la société HIGHSKILL a souscrit un contrat frais de santé collective référencé au numéro 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 frais de santé collective à adhésion obligatoire que votre employeur a conclu avec nous.
Le contrat frais de santé collective souscrit par votre employeur prend effet le 1er janvier 2024.
Votre garantie prend effet à compter de votre adhésion individuelle, selon les dispositions de l'article « Conditions d'adhésion au régime de base ».

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

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

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

1. VOS GARANTIES EN DETAIL

Nous vous présentons ci-dessous les montants et niveaux remboursés par AXA au titre du contrat socle obligatoire.
Ils viennent compléter ceux de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, que ce soit en secteur conventionné ou non.
Nous remboursons certaines prestations même non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.
L'assuré bénéficie du tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.
Si l'assuré consulte un médecin non conventionné avec la Sécurité sociale, la base de remboursement retenue est celle du tarif d'autorité.

	Complémentaire responsable base obligatoire En complément de la Sécurité sociale
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	200 % BR-MR
dans un établissement non conventionné	200 % BR-MR
Honoraires	
Consultation d'un médecin adhérent à l'un des DPTAM	220 % BR-MR
Consultation d'un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR-MR
Chambre particulière (par jour)	60 €
Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait
Forfait actes lourds	100 % du forfait
Lit d'accompagnant (par jour) Sans limitation de durée pour les séjours en psychiatrie	60 €
D'un enfant de moins de:	16 ans
Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite par année civile de:	30 jour(s)
Dentaire	
Soins (hors 100% Santé)	
Consultations, soins courants (hors inlays onlays d'obturation), radiologie et chirurgie	200 % BR-MR
Actes de parodontologie non pris en charge par la Sécurité sociale Par année civile et par bénéficiaire	200 €
Soins et prothèses 100% Santé(1)	100 % PLV-MR

	Complémentaire responsable base obligatoire En complément de la Sécurité sociale
Dentaire	
Prothèses (Hors 100% Santé)	
à tarif limité [2] (y compris Inlay Onlay)	300 % BR-MR
Dans la limite de :	100 % PLV-MR
à tarifs libre [3] (y compris Inlay Onlay)	300 % BR-MR
Prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale, Par année civile et par bénéficiaire	200 €
Orthodontie	
prise en charge par la Sécurité sociale	300 % BR-MR
non prise en charge par la Sécurité sociale par semestre	250 % BRR
Dans la limite de :	4 Semestre(s) consécutif(s)
Implantologie dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale Par année civile et par bénéficiaire	500 €
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Consultation d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR
Consultation d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	130 % BR-MR
Consultation d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	220 % BR-MR
Consultation d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR-MR
Visite d'un médecin adhérent à l'un des DPTAM	220 % BR-MR
Visite d'un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR-MR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale	100 % TM
Acte technique médical ou chirurgical pratiqué par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	170 % BR-MR
Acte technique médical ou chirurgical pratiqué par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR
Acte d'imagerie, échographie et doppler pratiqué par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	145 % BR-MR
Acte d'imagerie, échographie et doppler pratiqué par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	125 % BR-MR
Analyses et examens de laboratoire	
pris en charge par la Sécurité sociale	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
Médicaments	
pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR
homéopathiques non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin Par année civile et par bénéficiaire	60 €

	Complémentaire responsable base obligatoire En complément de la Sécurité sociale
Soins courants	
Matériel médical	
Appareillages, prothèses, produits et prestations non pris en charge au titre des postes prothèses dentaires, auditives et optiques	200 % BR-MR
Médecines non conventionnelles	
Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, Nous prenons en charge les actes suivants sous réserve que le praticien soit un professionnel de santé inscrit à l'un des répertoires suivants : ADELI, RPPS ou FINESS. Ce professionnel doit donc être un médecin, un ostéopathe ou un auxiliaire médical au sens du Livre III du Code de la santé publique (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, etc.)	30 € Acupuncture, Chiropraxie, Diététique, Ostéopathie, Pédicurie-podologie, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie
par séance	
Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	3 séance(s)
Aides auditives	
Equipement 100% santé[4]	100 % PLV-MR
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	4 ans
Equipement de classe 2 à tarif libre : adulte (bénéficiaire de 21 ans ou plus)	840 Euros-MR
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	4 ans
enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans) ou bénéficiaire atteint de cécité (sans limite d'âge)	1440 Euros-MR
Dans la limite d'une prise en charge tous les :	4 ans
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	200 % BR-MR
Autres postes	
Frais de transport	100 % BR-MR

	Complémentaire responsable base obligatoire En complément de la Sécurité sociale
Prévention	
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
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 €
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
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
Tout acte de prévention prévu à l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale	Inclus
La Téléconsultation Prise en charge au titre des honoraires médicaux.	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 €
Connecteur Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres, sur prescription médicale, dans la limite d'une fois par année civile et par bénéficiaire :	100 €
Optique	
Verres et Monture	
Dans la limite d'un équipement tous les :	2 ans
Equipements 100% Santé[5]	100 % PLV-MR
Equipement à tarif libre (Classe B) avec monture et verres simples	280 Euros-MR
avec monture et verres complexes	420 Euros-MR
avec monture et verres très complexes	440 Euros-MR
Dont monture	100 Euros-MR
Autres postes optique	
Prestation d'adaptation (Classe A et B)	100 % PLV-MR
Par implant intraoculaire multifocal posé à l'occasion de l'opération de la cataracte.	350 €
Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale Par année civile et par bénéficiaire Nous garantissons au minimum :	100 € 100 % TM
La chirurgie réfractive, par œil, par bénéficiaire et par année civile	700 €

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

2.1. Maintien de l'assurance en cas de congé sans solde

- **L'étendue des garanties**

Les garanties sont celles prévues pour les salariés en activité.
Les salariés désirant bénéficier de ce maintien doivent s'acquitter des cotisations afin de conserver le même niveau de garantie qu'au jour de la suspension de leur contrat de travail.

3. Les dispositions relatives aux bénéficiaires

3.1. Les bénéficiaires de la garantie

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

- Votre conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale :
  - 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, effectuent un service civique en France, sont déjà bénéficiaires de ce contrat et sont âgés de moins de 28 ans,
  - s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale, ont terminé leurs études ou leur service civique 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 ou de service civique. 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.

3.2. Les conditions d'adhésion au régime de base

Pour vous, assuré

Sont admis au contrat :

- à sa date d'effet, l'ensemble des salariés assurés à la veille de ladite date, au titre du contrat précédent celui-ci,
- ultérieurement, sauf dispositions dérogatoires prévues par la réglementation en vigueur, dès la date d'entrée dans la catégorie assurée, les salariés dont le contrat de travail est en vigueur et qui sont affiliés à un régime obligatoire de Sécurité sociale.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu, avec ou sans indemnisation du souscripteur, pour maladie, accueil de l'enfant, deuil de l'enfant ou accident, ou pour une autre cause avec indemnisation du souscripteur, bénéficient des garanties du présent contrat.

La durée de la garantie du régime de base

Le début de la garantie du régime de base

Vous bénéficiez de notre garantie :

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

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

La fin de la garantie du régime de base

Vous cessez de bénéficier de la garantie dès :

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

Pour vos ayants droit

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

4. Les dispositions relatives à la garantie frais de santé

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

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

4.1. Nos remboursements de la garantie Frais de santé

Contrat « responsable »

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

Il prend en charge :

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

Il ne prend pas en charge :

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

Il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci. Il permet également à vous , et à vos ayants droit le cas échéant, de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.
En outre, le présent contrat :

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

Les frais que nous prenons en charge

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

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

HOSPITALISATION

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

MATERNITE

- Suite à son accouchement, la bénéficiaire perçoit un forfait naissance.

Ce montant est doublé si sa grossesse était multiple.

- Lors de l'adoption d'un enfant, le bénéficiaire perçoit un forfait.

Ce forfait est doublé en cas d'adoptions multiples.

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.
- Ces professionnels doivent donc être un médecin, un ostéopathe ou un auxiliaire médical au sens du Livre III de la 4e partie du Code de la santé publique (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, etc.).

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 L871-1 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.

4.2. Les documents nécessaires au remboursement

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

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS A NOUS TRANSMETTRE
HOSPITALISATION	
	Selon la facturation dont relève l'établissement : ▪ Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire, ▪ La facture acquittée et détaillée (*), ▪ L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement. Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires (*).
MATERNITE	
	Une copie de l'acte de naissance de l'enfant, L'attestation de Sécurité sociale de l'assuré mentionnant le rattachement de l'enfant. Si forfait limité aux frais réels ou chambre particulière et 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 (*).
Forfait adoption.	La copie du jugement d'adoption plénière.
Assistance Médicale à la Procréation.	La prescription médicale et la facture acquittée et détaillée (*).
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 d'orthodontie non pris en charge	La facture acquittée et détaillée, émise par un professionnel de santé (cachet professionnel, signature et n° ADELI, n° RPPS ou n° FINESS du praticien (*).
Pour les actes effectués dans le réseau des partenaires.	Une demande de prise en charge.
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux.	Le décompte de la Sécurité sociale et la facture acquittée et détaillée (*).
Les médicaments remboursés par la Sécurité sociale.	
Les 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.

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS A NOUS TRANSMETTRE
MEDECINE NON CONVENTIONNELLE	
	La facture acquittée et détaillée avec le n° ADELI, le n° RPPS ou le n° FINESS du praticien (*).
	Ces professionnels doivent donc être un médecin, un ostéopathe ou un auxiliaire médical au sens du Livre III de la 4e partie du Code de la santé publique (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, etc.).
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.
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.

Protection SANTÉ

AXA, votre partenaire santé et prévoyance, vous accompagne avec des services innovants et de qualité.
En agissant au-delà des remboursements que nous devons, nous contribuons à votre bien-être.
Notre écoute, notre savoir-faire d'assureur et notre capacité d'innovation nous permettent d'être à vos côtés à chaque étape de votre vie.
Vous trouverez ci-dessous les services que nous mettons à votre disposition pour améliorer votre santé au quotidien, votre bien-être ou encore pour vous accompagner dans les moments difficiles, à travers des procédures régulièrement simplifiées.
À chaque instant, en toute simplicité, nous prenons soin de vous.

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

5. Bien-être et prévention

5.1. Conseil bien-être

Un programme de prévention santé pour préserver sa forme et prendre soin de soi au quotidien grâce à des programmes de coaching, des défis, des conseils nutrition et bien-être.

5.2. Prévention cancer

Objet du service

Ce service a pour objet de vous permettre de suivre un parcours, nommé « prévention cancer », initié en ligne par un questionnaire. La finalité de ce parcours est de vous sensibiliser :

- aux risques de développer une pathologie cancéreuse,
- aux actions à mener compte tenu des réponses apportées.

Mise en œuvre du service

Vous accédez à un questionnaire en ligne que vous complétez librement.

Les informations collectées (vos antécédents médicaux, votre mode de vie, votre environnement …) sont exploitées et restituées dans un document complet qui met en avant les facteurs de risque et établit des actions à mener.

À réception de ce document, vous avez la possibilité de prendre un rendez-vous nommé « entretien de prévention » à distance, avec un professionnel de santé qui vous accompagne dans l'interprétation de vos résultats et vous oriente vers les actions à mener.

Ce document ne constitue pas un diagnostic.

Obligations des bénéficiaires

Vous êtes seul responsable de l'exactitude des renseignements que vous donnez dans le questionnaire ou au cours de l'entretien de prévention.

Organisme prestataire

Nous choisissons un ou plusieurs prestataires pour la mise en œuvre du service « prévention cancer ».

Compte tenu de l'évolution constante des technologies, nous nous réservons le droit de changer de prestataire pour vous permettre de bénéficier à tout moment du meilleur service. Vous serez informé de ce changement par tout moyen.

6. Santé au quotidien

6.1. Chat médico-social

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

6.2. Second Avis Médical

Le Second Avis Médical permet aux bénéficiaires du contrat, en cas d'Atteinte Corporelle Grave, de demander un avis médical supplémentaire venant d'un Médecin spécialiste. Le bénéficiaire pourra ainsi obtenir un éclairage complémentaire sur le diagnostic et/ou le traitement préconisé en premier lieu par le Médecin en charge de son suivi. Le Bénéficiaire peut bénéficier de cette prestation une fois par an. En aucun cas le Second Avis Médical ne donne lieu à examen médical avec le Médecin spécialiste qui rend ce Second Avis Médical. Sont exclues du champ d'application de la prestation Second Avis Médical : toute demande n'ayant pas fait préalablement l'objet d'un premier diagnostic et les maladies présentant un caractère d'urgence, c'est-à-dire qui présentent un caractère vital et nécessitent une action médicale immédiate des services d'urgences.

6.3. Téléconsultation

La téléconsultation est une consultation médicale à distance, assurée par un médecin généraliste inscrit à l'Ordre des Médecins et accessible 7j/7. L'entretien est protégé par le secret médical. La téléconsultation ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences.

Elle est prise au titre du poste "Honoraires médicaux".

6.4. Les réseaux de professionnels de santé Itelis

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

Pour profiter des avantages des réseaux Itelis :

Localiser le partenaire le plus proche

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

7. Accompagnement dans les moments difficiles

7.1. Palmarès des hôpitaux

Des conseils pratiques pour préparer aux mieux une hospitalisation ou celle d'un proche.

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

7.2. Les services d'assistance dont vous bénéficiez

7.2.1. Pendant l'hospitalisation ou l'immobilisation

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

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

Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

Nous organisons et prenons en charge un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe pour un proche résidant en France pour qu'il puisse se rendre à son chevet pendant son immobilisation.
Nous organisons son hébergement sur place et prenons en charge ses frais d'hôtel pendant 3 nuits maximum à concurrence de 80 € par nuit (chambre et petit déjeuner inclus).
Les frais de nourriture et les frais annexes ne sont pas pris en charge.
Cette garantie est accordée si aucun membre de sa famille ne se trouve dans un rayon de 50 km du lieu de domicile du bénéficiaire concerné.

Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans du bénéficiaire, dès le premier jour de l'hospitalisation ou de l'immobilisation à domicile, nous l'organisons et la prenons en charge :
- soit en permettant la venue d'un proche à son domicile,
- soit en acheminant ses enfants au domicile d'un de ses proches,
- soit en confiant la garde des enfants à son domicile à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, la personne s'occupe aussi de les accompagner à l'école. Les frais engagés pour ces trajets du domicile à l'école sont pris en charge jusqu'à 75 € maximum par hospitalisation ou immobilisation.

Cette prestation est limitée à 40 h, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour. Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation.
Nous intervenons à la demande des parents et nous ne pouvons pas être tenus pour responsables des évènements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.
Nous prenons en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1e classe.

Aide-ménagère à domicile

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

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

7.2.2. Après l'hospitalisation ou l'immobilisation

Garde malade

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une garde malade dès le retour au domicile. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire doit nous en faire la demande dans les 8 jours suivant son hospitalisation.
Nous limitons toutefois cette aide à la période de 20 jours suivant l'hospitalisation. La durée de présence de la garde malade est fixée par notre équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder 40 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 4 heures consécutives minimum par jour.

Soutien scolaire

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant du bénéficiaire nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, nous recherchons et prenons en charge un ou plusieurs répétiteurs.
Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant du cours préparatoire à la terminale.
Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant des cours dans les matières principales : français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie, langues vivantes.
Ces cours sont dispensés à partir du 16e jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.
Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 15 heures maximum par semaine.

7.2.3. Assistance en cas de déplacement à plus de 50 km du domicile

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

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

Nous dirigeons alors le bénéficiaire :
- soit vers le centre hospitalier le mieux adapté à son état de santé,
- soit vers le centre hospitalier le plus proche de son domicile,
- soit vers son domicile.

Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la présente garantie.
Pour ouvrir droit à nos prestations, l'atteinte corporelle grave doit être constatée par une autorité médicale.

7.2.4. Mise en œuvre des services d'assistance

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

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

Nous ne pouvons pas nous substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prenons pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

7.3. Les garanties d'assistance

7.3.1. OBJET DES GARANTIES

Les garanties décrites ci-après ont pour objet de mettre en œuvre des services d'assistance destinés aux assurés en situation d'aidant d'un proche dépendant et/ou handicapé.

7.3.2. DEFINITIONS

Aidant

Terme désignant le salarié ou son ayant droit tel que défini au contrat, qui vient en aide à une personne dépendante et/ou handicapée, qualifiée de proche aidé.

Le salarié aidant est aussi appelé l'assuré.

Proche aidé

Terme désignant la personne accompagnée par l'aidant, qui porte un handicap et/ou se trouve en état de dépendance et remplit l'une des qualités suivantes :

- Le conjoint de l'aidant non divorcé ni séparé judiciairement. Est assimilé au conjoint, le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, le concubin répondant à la définition de l'article L 515-8 du Code civil. Le concubin ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.
  Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué.
- L'ascendant : père ou mère de l'aidant,
- Le descendant : l'enfant dont il assume la charge (au sens des prestations familiales)
- L'ascendant, le descendant tels que définis ci-dessus, de son conjoint

Conseiller dédié

Conseiller d'AXA Assistance qui est l'interlocuteur privilégié de l'aidant et qui l'accompagne tout le temps de la prestation.

Les groupes GIR de la grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupes iso-ressources)

La grille nationale AGGIR est un outil national d'évaluation de la dépendance, déterminant le niveau des aides publiques à la dépendance.

- Le GIR 1 comprend :
  - les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants
  - ou personnes en fin de vie
- Le GIR 2 est composé de deux sous- groupes :
  - d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
  - d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui sont capables de se déplacer et qui nécessitent une surveillance permanente
- Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et, partiellement, leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
- Le GIR 4 est composé de deux sous- groupes :
  - d'une part, les personnes qui ont besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais peuvent se déplacer seules à l'intérieur du logement; une assistance est parfois nécessaire pour la toilette et l'habillage.
  - D'autre part, celles qui n'ont pas de problème de transfert ou de déplacement, mais qui doivent être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

Taux d'incapacité permanente

Le taux d'incapacité est déterminé par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) en collaboration avec les Maisons départementales pour le handicap (MDPH).

Le taux d'incapacité permet de décrire le degré de dépendance d'une personne handicapée et le niveau d'aide dont elle doit bénéficier dans la vie quotidienne. C'est la valeur de l'incapacité exprimée en pourcentage.

Domicile

Le domicile est le lieu de résidence principal et habituel de l'assuré. Il est situé en France métropolitaine ou dans les DROM.

Territorialité

Les garanties sont accordées uniquement en France métropolitaine et dans les DROM.

Hospitalisation

Admission dans un établissement de santé en vue d'un traitement médical ou chirurgical prescrit par un médecin.

Immobilisation au domicile

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

Maladie

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

Autorité médicale

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

7.3.3. GARANTIES D'ASSISTANCE ACCORDEES A LA DEMANDE DE L'AIDANT

7.3.3.1.Evaluer les besoins

Bilan personnalisé de situation par le conseiller dédié

Le recours au conseiller dédié est ouvert à tout aidant.

A l'entrée en relation de l'aidant avec son conseiller dédié, l'aidant désigne le proche aidé en situation de dépendance et/ou de handicap, que l'assuré en tant qu'aidant accompagne.

A la demande de l'aidant, le conseiller dédié d'AXA Assistance réalise par téléphone une évaluation complète et personnalisée de la situation de l'aidant et de son proche aidé.

Cette évaluation prend en compte notamment, sur la base d'un questionnaire approprié :

- la situation et les attentes du proche aidé : aides au quotidien, évaluation du lieu de vie, équipement du domicile, réseaux de proximité,
- la situation et les attentes de l'aidant : degré d'implication, situation médicale et psychologique, éloignement du domicile du proche aidé.

L'accompagnement n'est pas limité dans le temps.

Elaboration d'un plan d'actions

A partir des informations recueillies lors du bilan, le conseiller dédié d'AXA Assistance transmet par courrier ou par mail à l'aidant le bilan d'évaluation ainsi que les préconisations adaptées à la situation du proche aidé.

Les rubriques couvertes par ce document personnalisé sont les suivantes :

- Résumé de la situation et des attentes de l'aidant et de son proche aidé,
- Préconisations en matière d'équipement, de prestations de services, et de mesures pour protéger sa santé,
- Coordonnées des prestataires de service ou d'équipement,
- Coordonnées des organismes d'aide.

AXA Assistance s'engage à faire un premier retour écrit à l'aidant dans les 48H ouvrés après le bilan personnalisé de situation.

Si des recherches complémentaires doivent être effectuées par le Conseiller dédié, les préconisations et les renseignements spécifiques seront adressés à l'aidant dans un second temps et tout au long de son accompagnement par le Conseiller dédié.

AXA Assistance représenté par son conseiller dédié, fournira si nécessaire à l'aidant et à son proche aidé des informations relatives aux aides publiques ou privées.

Le coût des équipements, des travaux et des prestations reste à la charge de l'aidant et/ou de son proche aidé.

Aide et accompagnement dans le cadre de démarches administratives

L'action du conseiller dédié consiste à délivrer :

- Des informations et des conseils pour le proche aidé : AXA Assistance communique à l'aidant et à son proche aidé, toutes les informations dont ils auront besoin afin de faciliter leurs démarches (aide à la prise de contact avec les différents organismes et services sociaux, aides au maintien à domicile des personnes dépendantes et/ou en situation de handicap, aides financières en cas d'hospitalisation, protection sociale, de handicap, APA, etc)
- Une aide à la constitution de dossier de dépendance et/ ou de handicap : AXA Assistance accompagne l'aidant et son proche aidé dans la constitution du dossier de prise en charge lié à la dépendance et/ou au handicap (pièces justificatives, bilans, documents nécessaires pour obtenir une aide publique, etc.).

7.3.3.2.Simplifier mon quotidien

Organisation de services en réponse aux besoins de l'aidant et du proche aidé

Organisations de prestations : recherche de solutions au sein d'Axa Assistance ou de son réseau de prestataires

En assurant l'organisation des services, le conseiller dédié assure le suivi de l'aidant et de son proche aidé sur le long terme. Le conseiller dédié assure la mise en relation de l'aidant avec des spécialistes en interne ou de son réseau de prestataires à AXA Assistance sur des sujets spécifiques.

A la demande de l'aidant ou de son proche aidé, AXA Assistance organise, du lundi au vendredi de 8H30 à 18H30, les services suivants :

- accompagnement du proche aidé dépendant et/ou en situation de handicap dans ses déplacements sous réserve que son état permette ce déplacement,
- recherche de personnel : aide-ménagère, auxiliaire de vie, garde d'enfant, personne de compagnie,
- livraison de courses,
- service de pressing,
- coiffeur,
- portage de repas,
- pédicure,
- ergothérapeute,
- petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie),
- petit jardinage,
- petit bricolage.

Par organisation, il est entendu :

- le recueil des besoins (toujours présent "du salarié aidant") de l'aidant et/ou du proche aidé dépendant/en situation de handicap,
- la recherche de prestataires, y compris ceux habilités à recevoir un paiement en CESU,
- la présentation de deux devis minimums,
- sur acceptation du devis, l'organisation de la prestation ou du premier rendez-vous.

Le coût de la prestation reste à la charge de l'aidant et/ou de son proche aidé.

Achat d'équipements : recherche de fournisseurs pour l'achat d'équipements

A la demande du salarié aidant et/ou du proche aidé et après analyse des besoins du proche aidé, AXA Assistance recherche et propose une sélection appropriée de fournisseurs pour l'achat d'équipements du domicile, de matériel médicalisé et de produits de soin consommables.

Le coût de ces fournitures, équipements, matériels ou produits reste à la charge de l'aidant et/ou de son proche aidé.

Aide à la recherche d'établissements spécialisés

A la demande de l'aidant ou de son proche aidé, AXA Assistance met à sa disposition un service d'aide à la recherche de centres spécialisés tels que :

- les maisons de retraite,
- les maisons de repos,
- les maisons de repos et de soins,
- les résidences de services,
- les centres de soins,
- les centres spécialisés dans le traitement et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, …
- les établissements prenant en charge d'enfants et d'adultes handicapés (la demande d'admission passant par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées)

Après vérification des principaux critères de choix tels que prévus ci-après :

- budget souhaité,
- degré d'urgence,
- besoins médicaux,
- degré d'éloignement.

AXA Assistance communique à l'aidant et à son proche aidé, la liste de trois établissements susceptibles de répondre au mieux aux exigences précitées, et fournit toute information nécessaire concernant les prix, la disponibilité de places, la distance au domicile, les spécificités de l'établissement.

A la demande de l'aidant ou de son proche aidé, AXA Assistance lui adresse par courrier ou par mail les fiches descriptives détaillées des trois établissements sélectionnés.

Le conseiller dédié mettra tout en œuvre pour trouver les établissements les mieux adaptés à la situation du proche aidé. La décision du choix de l'établissement appartient au proche aidé conformément à la charte des droits et libertés.

Aide aux démarches administratives et sociales « Obsèques »

Information

En cas de décès du proche aidé, le conseiller dédié met à disposition de l'aidant un service d'information sur les démarches administratives à accomplir.

Mise à disposition de courriers types

Sur demande de l'aidant, pour faciliter la rédaction de divers documents à fournir aux différents organismes ou établissements (administrations…) à la suite du décès du proche aidé, le conseiller dédié met à sa disposition sous 48 h (par fax ou par courriel), des modèles de courriers adaptés et ce pendant 3 mois à partir de la date du décès.

Les éléments fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité du conseiller ne pourra en aucun cas être engagée du fait de leur utilisation.

7.3.3.3.Garanties d'assistance accordées à l'aidant pour protéger sa santé

Soutien psychologique

A la demande de l'aidant, AXA Assistance met à sa disposition un service de soutien psychologique par téléphone dans la limite de 5 entretiens de 30 minutes.

Animé par une équipe de psychologues cliniciens, ce service garantit à l'aidant en toute confidentialité, une écoute professionnelle dans le cadre de la déontologie propre à la profession et en gardant une distance et une neutralité bienveillantes.

Le service d'écoute psychologique n'est pas à confondre avec le travail psychothérapeutique effectué en face à face. En aucun cas, le service d'écoute psychologique ne s'autorise à débuter une psychothérapie par téléphone.

Cette prestation n'est accordée qu'une seule fois par année civile.

Garanties d'assistance accordées en cas d'hospitalisation de plus de 48 heures ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours de l'aidant

Ces garanties sont ouvertes à l'aidant si le proche aidé bénéficie d'un classement en GIR 1, GIR 2, GIR 3 ou GIR 4, au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou s'il présente un taux d'incapacité permanente au moins égal à 80%.

En cas d'hospitalisation de plus de 48 heures (>48 heures) ou en cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours (>5 jours) de l'aidant, AXA Assistance recherche et prend en charge, à la demande (toujours présent "du salarié aidant") de l'aidant, les services d'une **aide-ménagère ou d'une auxiliaire de vie au domicile** au profit de lui-même ou de son proche aidé, pendant la durée de l'immobilisation de l'aidant ou de l'hospitalisation de ce dernier.

L'aide-ménagère ou l'auxiliaire de vie à domicile aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes que la personne bénéficiaire de la présente garantie ne peut pas effectuer.

Cette prise en charge de 2 heures consécutives minimum peut aller jusqu'à 10 heures. La durée de présence de l'aide-ménagère ou de l'auxiliaire de vie est fixée par notre équipe médicale en fonction des seuls critères médicaux.

Pour bénéficier de cette prestation, l'aidant doit formuler la demande à AXA Assistance a minima 48 heures avant la mise en œuvre de la prestation.

Garantie d'assistance en cas besoin de répit de l'aidant

Ces garanties sont ouvertes (toujours présent "au salarié aidant") à l'aidant si le proche aidé bénéficie d'un classement en GIR 1, GIR 2, GIR 3 ou GIR 4 au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou s'il présente un taux d'incapacité permanente au moins égal à 80%.

Si l'état de l'aidant, en dehors de toute hospitalisation, le rend momentanément incapable d'assumer sa charge d'aidant, c'est-à-dire le mettant dans l'impossibilité d'assumer les tâches d'aide à son proche aidé, dont il était habituellement responsable, notamment du fait d'une maladie imprévue, d'une immobilisation imprévue ou d'un état d'épuisement psychologique et/ou physique justifiant un besoin de répit, AXA Assistance garantit le bénéfice des prestations en nature ci-après décrites.

Cet état est évalué par l'équipe médicale d'AXA Assistance sur la base d'un entretien avec l'aidant, étant entendu qu'elle se réserve la faculté de réclamer tout justificatif médical, et de prendre contact avec son médecin traitant.

AXA Assistance prend en charge les frais liés aux deux prestations ci-dessous dans la limite maximum de mille (1 000*) euros TTC par proche aidé.

Une seule intervention est prise en charge dans la vie du contrat.

Intervention d'une auxiliaire de vie

À la demande de l'aidant, AXA Assistance recherche et prend en charge sous 48 heures, les services **d'une auxiliaire de vie au domicile** au profit du proche aidé pour l'aider et pallier l'absence (toujours présent "du salarié aidant") de l'aidant.

L'auxiliaire de vie à domicile aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes que l'aidant ne peut pas effectuer.

Cette prise en charge de 2 heures consécutives minimum peut aller jusqu'à 10 heures sans toutefois pouvoir dépasser en valeur la somme en euros fixée ci-dessus* dans les 30 jours suivant la date de la demande. La durée de présence de l'auxiliaire de vie est fixée par notre équipe médicale en fonction des seuls critères médicaux.

Une seule intervention est prise en charge dans la vie du contrat.

Recherche de places d'hébergement temporaire en établissement spécialisé

À la demande de l'aidant, AXA Assistance aide à la recherche d'un centre temporaire (accueil de jour ou de courte durée) susceptible d'accueillir le proche aidé et organise son transport vers l'établissement choisi.

L'hébergement est pris en charge dans la limite de 7 jours consécutifs ou non, sans toutefois pouvoir dépasser en valeur la somme en euros fixée ci-dessus*.

L'hébergement est pris en charge une seule fois dans la vie du contrat.

7.3.4. CONDITIONS GENERALES D'APPLICATION DES GARANTIES D'ASSISTANCE

7.3.4.1.Mise en œuvre des services d'assistance

Pour la mise en place des services d'assistance, l'aidant doit nous contacter au numéro figurant sur sa carte de tiers payant.

L'assuré sera invité à communiquer les renseignements suivants :
- prénom et nom,
- le numéro du contrat d'assurance figurant sur la notice qui lui a été remise,
- la raison sociale de son employeur.

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

Pour la mise en œuvre de certaines garanties, l'aidant devra communiquer à Axa Assistance les pièces justificatives suivantes :
- justificatif d'appartenance à l'entreprise,
- notification d'attribution de l'APA ou celle justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 80 %
- certificat attestant l'hospitalisation

AXA Assistance s'engage à mobiliser tous les moyens nécessaires pour délivrer l'ensemble des garanties prévues au présent chapitre.

AXA Assistance intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

Tout courrier ou correspondance doit être adressé à :
Axa Assistance – Service Silènes
Aide aux Aidants
Le Carat
6 rue André Gide
92320 CHATILLON

Les courriers et pièces justificatives de nature médicale doivent être adressés à l'attention du « Médecin conseil d'AXA assistance » à l'adresse ci-dessus.

7.3.4.2.Accord préalable

L'organisation par l'assuré de tout ou partie des garanties prévues du présent contrat sans l'accord préalable d'AXA Assistance, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

7.3.4.3.Déchéance des garanties

Le non-respect par l'assuré de ses obligations envers AXA Assistance entraîne la déchéance de ses droits tels que prévus dans le présent chapitre.

7.3.5. CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

7.3.5.1.Limitation de responsabilité

AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage, subi par un assuré à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

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

7.3.5.2.Circonstances exceptionnelles

L'engagement d'AXA Assistance repose sur une obligation de moyens, et non de résultat.

AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

7.3.6. EXCLUSIONS

Axa Assistance, ne prend pas en charge, ni ne rembourse :

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les frais engagés par l'assuré pour la délivrance de tout document officiel,
- les frais liés à l'établissement des pièces justificatives requises pour la mise en œuvre des garanties.

8. Les maintiens de garantie dont vous bénéficiez

8.1. 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.

8.2. 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 6 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.

8.3. Maintien de l'assurance en cas de congé sans solde

Bénéficiaires du maintien

Nous maintenons les garanties conformément aux dispositions suivantes, aux membres du personnel appartenant à la catégorie assurée visée dans votre Notice dont le contrat de travail est suspendu, sans indemnisation du souscripteur, notamment pour les congés visés ci-dessous :
- Congé parental d'éducation
- Congé de présence parentale
- Congé de solidarité familiale
- Congé de proche aidant
- Congé pour création ou reprise d'entreprise
- Congé pour projet de transition professionnelle
- Congé sabbatique

Modalités du maintien

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

Le maintien de l'assurance cesse :

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

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

9. Les dispositions relatives à votre contrat

9.1. 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.

9.2. 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.

9.3. 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*

9.4. 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° 284018642
- 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 :

- 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 **voie électronique** sur le site **mediation-assurance.org**
- ou par **courrier**, à l'adresse suivante : **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 suivre ou non la proposition du Médiateur.
Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

10. Définitions

10.1. 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 qui, posés sur la cornée, corrigent la vue du bénéficiaire de manière instantanée. Toute lentille ne permettant pas de correction optique instantanée ne peut pas faire l'objet d'une prise en charge au titre de ce contrat. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que dans certains cas spécifiques.

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 :

Pour le Régime général :

- 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.

Pour le Régime Alsace Moselle :

- 100% pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- 90% pour les médicaments dont le service médical rendu est majeur ou important ;
- 80% 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.

Téléconsultation

Consultation médicale à distance.

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.

10.2. Définitions applicables aux services d'assistance

Atteinte corporelle grave

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

Autorité médicale

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

Domicile

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

Équipe médicale

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

Hospitalisation

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

Immobilisation au domicile

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

Maladie

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

Médecin

Médecin généraliste.

Membre de la famille

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

Proche

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

Territorialité

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

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**

N° IDU : FR232655_03PSOH

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° 284018642 que m'a remise mon employeur;

N° IDU : FR232655_03PSOH

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.**

Exemples de remboursements (Informations non contractuelles)

Conformément à notre engagement sur la lisibilité des garanties, vous trouverez ci-dessous les exemples de remboursement (dont les exemples normés) en euros correspondant aux garanties de votre contrat au **1er janvier 2024**. 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	422 €	271,70 €	150,30 €	**- €**	Opération de la cataracte (acte BFGA427). Comme il s'agit d'un acte lourd le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 € qui peut être prise en charge par votre assurance complémentaire.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	463 €	271,70 €	191,30 €	**- €**	Opération de la cataracte (acte BFGA427). Comme il s'agit d'un acte lourd le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 € qui peut être prise en charge par votre assurance complémentaire.
Dentaire					
Détartrage	43,38 €	26,03 €	17,35 €	**- €**	
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500 €	72 €	428 €	**- €**	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	550 €	72 €	276 €	**202 €**	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur molaires	554 €	72 €	276 €	**206 €**	Prix moyen national de l'acte
Soins courants					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	26,50 €	16,50 €	9 €	**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 €	17,55 €	21,20 €	**11,25 €**	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 €	17,55 €	15,90 €	**21,55 €**	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique sans dépassement d'honoraires	31,50 €	21,05 €	9,45 €	**1 €**	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	52 €	21,05 €	29,95 €	**1 €**	Dont franchise de 1€ sur le remboursement de la Sécurité sociale
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	65 €	15,10 €	29,90 €	**20 €**	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	1 565 €	240 €	600 €	**725 €**	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

Base	Montant de référence	Remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement de votre complémentaire santé	Reste à charge	Précisions
Optique					
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125 €	22,50 €	102,50 €	**- €**	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	342 €	0,09 €	279,91 €	**62 €**	Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil avec une monture au tarif de 142 € et 2 verres au tarif de 200€ (Hors réseau Itelis)

N° IDU : FR232655_03PSOH