



Solutions AXA
pour les entreprises
Santé

Conditions particulières Santé Entreprise Responsable



POUR L'ENTREPRISE
GENIUS HOLDING

Votre contrat n° 284170840

 assurance **citoyenne**

NOUS CONTACTER

**VOTRE AGENT GÉNÉRAL
D'ASSURANCE EXCLUSIF
PREVOYANCE & PATRIMOINE
M NICOLAS LAURENT**

6 RUE FREDERIC BASTIAT
75008 PARIS

☎ **0147540404**

N°ORIAS 07 006 252

orias.fr

7 décembre 2023

VOS RÉFÉRENCES

Document à conserver

Votre référence contrat

284170840

Groupe assuré

Ensemble du personnel

Régime

Général

Date d'effet au : 01/01/2024

Votre portail MAPSO

Retrouvez l'ensemble
de vos services en ligne
sur [entreprise.ma-
protectionsociale.fr](https://entreprise.ma-protectionsociale.fr)



AXA vous répond sur



CONDITIONS PARTICULIÈRES

Votre contrat de complémentaire Santé



Ce contrat de Santé a été conclu entre :

- **Vous, souscripteur,**

GENIUS HOLDING
81 RUE DE SILLY
92100 BOULOGNE BILLANCOURT

- **Et Nous, assureur**

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.

Représenté par votre apporteur M NICOLAS LAURENT.

Ce document a été établi conformément à votre demande et constituera, une fois signé,
votre contrat.

Il est constitué de :

- Vos Conditions générales,
- Vos Conditions particulières, reprenant les caractéristiques et les garanties,
- La Notice d'information à diffuser à vos salariés.

Il prend effet le **1er janvier 2024**.

Le groupe assuré

Ensemble des salariés et assimilés salariés au sens de l'article L311-3 du Code de la Sécurité
sociale

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)

60 €

Sans limitation de durée pour les séjours en psychiatrie

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

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 €

Complémentaire
responsable base
obligatoire

En complément de la
Sécurité sociale

Dentaire

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

500 €

Par année civile et par bénéficiaire

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 €

Matériel médical

Appareillages, prothèses, produits et prestations non pris en charge au titre des postes prothèses dentaires, auditives et optiques	200 % BR-MR
---	-------------

Complémentaire
responsable base
obligatoire

En complément de la
Sécurité sociale

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.) par séance Dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	30 € Acupuncture, Chiropraxie, Diététique, Ostéopathie, Pédicurie-podologie, Psychologie, Psychomotricité, Tabacologie 3 séance(s)
---	---

Aides auditives

Equipement 100% santé ⁽⁴⁾ Dans la limite d'une prise en charge tous les :	100 % PLV-MR 4 ans
Equipement de classe 2 à tarif libre : adulte (bénéficiaire de 21 ans ou plus) Dans la limite d'une prise en charge tous les :	840 Euros-MR 4 ans
enfant (bénéficiaire de moins de 21 ans) ou bénéficiaire atteint de cécité (sans limite d'âge) Dans la limite d'une prise en charge tous les :	1440 Euros-MR 4 ans
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	200 % BR-MR

Autres postes

Frais de transport	100 % BR-MR
--------------------	-------------

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 €

Complémentaire
responsable base
obligatoire

En complément de la
Sécurité sociale

Optique

Verres et Monture

Dans la limite d'un équipement tous les :	2 ans
Equipements 100% Santé ⁽⁵⁾	100 % PLV-MR
Équipement 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	100 €
Nous garantissons au minimum :	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	■ Sphère hors zone -6 et 6	■ Sphère entre -4 et 4	■ Sphère hors zone -4 et 4
■ Sphérocyindrique entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4	■ Sphérocyindrique entre -6 et 0 et Cylindre > 4	■ Sphérocyindrique entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4	■ Sphérocyindrique entre -8 et 0 et Cylindre > 4
■ Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 6	■ Sphérocyindrique inf -6 et Cylindre sup = 0,25	■ Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 8	■ Sphérocyindrique < -8 et Cylindre sup = 0,25
	■ Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 6		■ Sphérocyindrique > 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 de la Sécurité sociale et sous déduction du **Montant Remboursé** 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 **Montant Remboursé** par la Sécurité sociale (**MR**).

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

Aides auditives

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

Optique

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

2. VOTRE COTISATION

Au **1er janvier 2024**, le taux de cotisation mensuel est fixé à :

	Complémentaire responsable base obligatoire
Par assuré avec ou sans ayant droit	2,50 %

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de chaque année d'assurance.

L'ensemble des ayants droit définis aux Conditions générales est couvert.

Dans la cotisation sont inclus les impôts, contributions et taxes en vigueur à la date d'effet du contrat.

3. Les cotisations et niveaux de garanties pour les maintiens de l'assurance

3.1. 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.

Les cotisations relatives aux bénéficiaires du maintien pour les congés suivants :

- 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

La cotisation est celle prévue pour les membres du personnel en activité et est assujettie à la même indexation annuelle.

4. CONCLUSION ET SIGNATURE DE VOTRE CONTRAT

En application de l'article L 141-4 du Code des assurances, et conformément aux dispositions de l'article "Les informations dues aux assurés" des Conditions générales de votre contrat, vous reconnaissez avoir reçu notre Notice d'information destinée à vos salariés et vous vous engagez à en remettre un exemplaire à chacun d'eux.

Vous déclarez conserver auprès de vous la preuve de cette remise.

Vous certifiez sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées au titre de ce contrat n'ont pas une origine délictueuse au sens des Articles 562 et suivants du Code Monétaire et Financier, 324-1 et suivants et 421-1 du Code Pénal relatifs au blanchiment des capitaux.

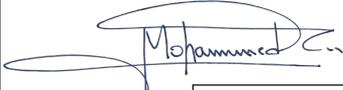
Vous déclarez être pleinement informé qu'AXA est soumise, en raison de sa qualité d'organisme financier, aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et notamment à une obligation de déclaration auprès du service Tracfin en cas de soupçon.

Fait àPARIS....., en 2 exemplaires, le11/12/2023.....

Nous, l'assureur
Directeur Santé Prévoyance
AXA Santé & Collectives
Patricia DELAUX



Vous, le souscripteur
Nom ou tampon de la société et signature



GENIUS HOLDING
81 RUE DE SILLY
92100 BOULOGNE-BILLANCOURT
TEL : 06.85.53.01.20
SIRET : 92002826300019



Ce document n'est pas un engagement contractuel mais une communication édictée par l'article 5 de la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 et l'arrêté du 6 mai 2020 qui en précise les modalités d'application.

Informations générales relatives à l'ensemble des contrats d'assurance santé couverts par AXA France Vie en 2022

Ratio prestations sur cotisations HT : 85,00 %

Ratio frais de gestion sur cotisations HT : 15,90 %

Ratio Prestations + Provisions sur cotisations HT : 87,90 %

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

