

TABLEAU DES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT
FRAIS DE SANTE ENTREPRISE

Ce document a une vocation informative et ne constitue pas un engagement contractuel

réinventons / notre métier


Nature des prestations

| Remboursements en plus de ceux de la sécurité sociale, et dans la limite des frais réels Tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité | Garanties Socle Obligatoire Responsable | Socle + Option 1 Responsable | Socle + Option 2 Responsable | Socle + Option 3 Responsable |
|--|--|---|--|--|
| | | Les options sont exprimées y compris le socle | | |
| Médecine <ul style="list-style-type: none"> ■ Consultation médecin généraliste adhérent au DPTAM ■ Consultation médecin généraliste non adhérent au DPTAM ■ Consultation médecin spécialiste adhérent au DPTAM ■ Consultation médecin spécialiste non adhérent au DPTAM ■ Visite médecin adhérent au DPTAM ■ Visite médecin non adhérent au DPTAM ■ Actes techniques médicaux et chirurgicaux pratiqués par un médecin adhérent au DPTAM ■ Actes techniques médicaux et chirurgicaux pratiqués par un médecin non adhérent au DPTAM ■ Actes d'imagerie, échographie et doppler pratiqués par un médecin adhérent au DPTAM ■ Actes d'imagerie, échographie et doppler pratiqués par un médecin non adhérent au DPTAM ■ Téléconsultation ■ Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes) ■ Analyses biologiques ■ Ostéopathie, Chiropraxie, Acupuncture, Etiopathie, Psychomotricité, Pédicurie, Podologie, Diététique, Psychologie ou Tabacologie (1) | 100 % BR-MR 100 % BR-MR 195 % BR-MR 175 % BR-MR 195 % BR-MR 175 % BR-MR 150 % BR-MR 130 % BR-MR 100 % BR-MR 100 % BR-MR Oui 100 % BR-MR 100 % BR-MR - | 150 % BR-MR 130 % BR-MR 220 % BR-MR 200 % BR-MR 220 % BR-MR 200 % BR-MR 170 % BR-MR 150 % BR-MR 145 % BR-MR 125 % BR-MR Oui 100 % BR-MR 100 % BR-MR 75 euros | 220 % BR-MR 200 % BR-MR 300 % BR-MR 200 % BR-MR 300 % BR-MR 200 % BR-MR 170 % BR-MR 150 % BR-MR 170 % BR-MR 150 % BR-MR Oui 100 % BR-MR 100 % BR-MR 120 euros | 400 % BR-MR 200 % BR-MR 450 % BR-MR 200 % BR-MR 450 % BR-MR 200 % BR-MR 250 % BR-MR 200 % BR-MR 350 % BR-MR 200 % BR-MR Oui 100 % BR-MR 100 % BR-MR 250 euros |
| Prévention <ul style="list-style-type: none"> ■ Actes de prévention ■ Vaccins non remboursés (par an) et par bénéficiaire ■ Vaccin anti-grippal ■ Une consultation diététique pour enfant de moins de 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, dans la limite d'une prise en charge tous les 3 ans sur la base de : ■ Tous 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), dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de : ■ Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité Sociale | - - - 100 % BR-MR - - | selon le poste auquel ils sont rattachés et au minimum 100% BR-MR - - 100 % BR-MR - - | 90 euros 15 euros 60 euros 100 % BR-MR 50 euros 50 euros / an | 100 euros 70 euros 60 euros 100 % BR-MR 100 euros 100 euros / an |
| Frais de transport | 100 % BR-MR | 100 % BR-MR | 100 % BR-MR | 100 % BR-MR |
| Pharmacie <ul style="list-style-type: none"> ■ Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale ■ Moyens de contraception féminine non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de : | 100 % BR-MR - | 100 % BR-MR - | 100 % BR-MR 50 euros | 100 % BR-MR 100 euros |
| Dentaire <ul style="list-style-type: none"> ■ Consultation, soins courants (hors inlays onlays d'obturation), radiologie et chirurgie ■ Inlays onlays d'obturation ■ Appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations) pris en charge par la Sécurité sociale | 100 % BR-MR 150 % BR-MR 150 % BR-MR | 100 % BR-MR 200 % BR-MR 200 % BR-MR | 100 % BR-MR 200 % BR-MR 200 % BR-MR | 150 % BR-MR 200 % BR-MR 200 % BR-MR |

RESUME DES GARANTIES



| Remboursements en plus de ceux de la sécurité sociale, et dans la limite des frais réels Tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité | Garanties Socle Obligatoire Responsable | Socle + Option 1 Responsable | Socle + Option 2 Responsable | Socle + Option 3 Responsable |
|--|---|--|--|---|
| | | Les options sont exprimées y compris le socle | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Prothèses fixes unitaires dents du sourire (Incisives et canines supérieures et inférieures, prémolaires supérieures et premières prémolaires inférieures) prises en charge par la Sécurité sociale ■ Prothèses fixes unitaires du fonds de la bouche (y compris élément supplémentaire de Bridge) prises en charge par la Sécurité sociale ■ Inlays core ■ Les prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité Sociale : | 250 % BR-MR | 300 % BR-MR | 450 % BR-MR | 550 % BR-MR |
| | 175 % BR-MR | 200 % BR-MR | 350 % BR-MR | 450 % BR-MR |
| | 150 % BR-MR | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR | 250 % BR-MR |
| | 150 euros | 200 euros | 300 euros | 300 euros |
| | 450 euros | 600 euros | 900 euros | 900 euros |
| | 250 % BR-MR | 300 % BR-MR | 350 % BR-MR | 450 % BR-MR |
| | - | 250% BR (sur la base d'un TO90) | 250% BR (sur la base d'un TO90) | 350% BR (sur la base d'un TO90) |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Orthodontie remboursée ■ Orthodontie non remboursée (2) ■ Implants dentaires, non pris en charge par la Sécurité Social, sur la base suivante | 400 euros | 400 euros | 400 euros | 620 euros |
| | 100 euros | 100 euros | 100 euros | 180 euros |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Parodontologie (curetage, greffes, lambeaux) par an et par bénéficiaire | - | 200 euros | 300 euros | 300 euros |
| | | | | |
| L'optique (3) <ul style="list-style-type: none"> ■ Equipement verres + monture ■ Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire (8) ■ L'opération de la myopie (hypermétropie) laser (par œil) | Cf. grille optique (TM pour lentilles acceptées) + 85 euros | Cf. grille optique (TM pour lentilles acceptées) + 100 euros | Cf. grille optique (TM pour lentilles acceptées) + 200 euros | Cf. grille optique (TM pour lentilles acceptées)+350euros |
| | 600 euros | 700 euros | 750 euros | 1 000 euros |
| Chez les opticiens partenaires, dispense d'avance de frais sur la partie prise en charge | | | | |
| L'auditif | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Prothèses auditives (par oreille) | 450 euros (9) | 600 euros (9) | 1 000 euros (9) | 1 000 euros (9) |
| Les appareillages et prothèses diverses autres | 175 % BR-MR | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR |
| L'hospitalisation | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Les frais de séjour en hospitalisation médicale, obstétrique et psychiatrique ■ Les frais de séjour en hospitalisation chirurgicale, obstétrique et psychiatrique ■ Les honoraires des médecins adhérents au DPTAM ■ Les honoraires des médecins non adhérents au DPTAM ■ Le forfait actes lourds ■ Le forfait journalier ■ La chambre particulière (par jour) ■ Le lit d'accompagnant sans limite d'âge (par jour)(10) | 175 % BR-MR | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR | 300 % BR-MR |
| | 175 % BR-MR | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR | 300 % BR-MR |
| | 195 % BR-MR | 220 % BR-MR | 220 % BR-MR | 525 % BR-MR |
| | 175 % BR-MR | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR |
| | 100 % du forfait | 100 % du forfait | 100 % du forfait | 100 % du forfait |
| | 100 % du forfait | 100 % du forfait | 100 % du forfait | 100 % du forfait |
| | 45 euros | 60 euros | 90 euros | 130 euros |
| | 45 euros | 60 euros | 90 euros | 130 euros |
| La maternité | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Un forfait pour couvrir les frais d'accouchement et les 5 premiers jours d'hospitalisation. Prestation doublée en cas de naissances multiples. | | | | 400 euros |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Au-delà du 5è jour, les frais sont pris en charge au titre de l'hospitalisation ■ Forfait adoption | | | | 400 euros |

(1) Forfait annuel : Chiropraxie, Ostéopathie, Acupuncture, Etiopathie, Psychomotricité, Pédicure, Podologie, Diététique, Psychologie ou Tabacologie non remboursée, maximum 3 séances par an et par bénéficiaire. Pour bénéficier de la prestation l'original de la facture, ou pièce numérisée, avec le n° ADELI du praticien (Pour les séances d'étiopathie le n° FINISS du praticien) sera demandé.

(2) Remboursement orthodontie par semestre, maximum 4 semestres consécutifs



(3) Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe. Nous limitons notre prise en charge, **à compter de la date d'adhésion au contrat du bénéficiaire**, à 1 monture et 2 verres tous les 2 ans (tous les ans pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue : la modification de correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien). **Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.**

(8) au-delà de cette limite, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur de 100 % du ticket modérateur (9) minimum 100 % BR - SS

(10) Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne dans la limite de 30j par an

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

MR : Montant remboursé par la Sécurité sociale.

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité Sociale. (3 377 € estimé pour 2019)

FR-SS : Frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale.

TM : Ticket modérateur = 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.

BR-MR : Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

GRILLE OPTIQUE

| Défaut Visuel | Remboursement en euros par verre y compris Sécurité Sociale | | | | | | | |
|--|---|--------|----------|--------|----------|--------|----------|--------|
| | Socle | | Option 1 | | Option 2 | | Option 3 | |
| Verre Simple | Enfant | Adulte | Enfant | Adulte | Enfant | Adulte | Enfant | Adulte |
| Sphère de - 6 à +6 | 40 € | 70 € | 50 € | 80 € | 60 € | 90 € | 75 € | 115 € |
| Sphère de - 6,25 à -10 ou de +6,25 à +10 | 75 € | 80 € | 85 € | 90 € | 95 € | 100 € | 120 € | 125 € |
| Sphère < -10 ou > +10 | 80 € | 90 € | 90 € | 100 € | 100 € | 110 € | 125 € | 140 € |
| Cylindre <= +4 Sphère de - 6 à +6 | 50 € | 80 € | 60 € | 90 € | 70 € | 100 € | 90 € | 125 € |
| Cylindre <= +4 Sphère < - 6 ou > +6 | 80 € | 90 € | 90 € | 100 € | 100 € | 110 € | 125 € | 140 € |
| Cylindre > +4 Sphère de - 6 à +6 | 90 € | 100 € | 100 € | 110 € | 110 € | 120 € | 140 € | 150 € |
| Cylindre > +4 Sphère < - 6 ou > +6 | 100 € | 110 € | 110 € | 120 € | 120 € | 130 € | 150 € | 165 € |
| Verre complexe | Enfant | Adulte | Enfant | Adulte | Enfant | Adulte | Enfant | Adulte |
| Sphère de - 4 à +4 | 105 € | 130 € | 115 € | 140 € | 125 € | 160 € | 155 € | 200 € |
| Sphère < - 4 ou > +4 | 115 € | 140 € | 125 € | 150 € | 135 € | 170 € | 170 € | 215 € |
| Sphère de - 8 à +8 | 125 € | 150 € | 135 € | 160 € | 145 € | 180 € | 180 € | 225 € |
| Sphère < - 8 ou > +8 | 135 € | 160 € | 145 € | 170 € | 155 € | 190 € | 195 € | 240 € |
| Monture | 60 € | 80 € | 75 € | 100 € | 100 € | 150 € | 100 € | 150 € |

Santé Entreprise

► **Votre Employeur**
Société NETEEM

Votre contrat n° : 226490340

Groupe assuré : Cadres relevant des articles 4 et 4bis de la CCN de 1947

Date d'effet : 1er janvier 2019

VOTRE NOTICE D'INFORMATION

AXA France Vie

Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 euros - Entreprise régie par le code des assurances -
313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE CEDEX - 310 499 959 R.C.S. NANTERRE

AXA France IARD

Société Anonyme au capital de 214 799 030 euros - Entreprise régie par le code des assurances - 313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE CEDEX
- 722 057 460 R.C.S. NANTERRE

Pour vous guider

| | |
|--|----|
| Préambule | 3 |
| Le montant de vos remboursements frais de santé | 4 |
| Nos services santé | 9 |
| Les documents nécessaires au règlement des prestations | 20 |
| Les dispositions relatives au contrat Santé Entreprise | 22 |
| Les maintiens de garanties dont vous pouvez bénéficier | 25 |
| Pour prendre contact avec nous | 27 |
| Les ayants droit facultatifs | 28 |
| Les options facultatives | 29 |
| Cotisations des garanties facultatives | 35 |

Objet de la notice

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.

Il est constitué d'un régime de base obligatoire et des options à adhésion facultative que vous pouvez souscrire en complément du régime de base.

Le contrat prend effet le 1er janvier 2019 : votre garantie prend effet à compter de votre adhésion individuelle, selon les dispositions relatives au contrat d'entreprise, article 1.

La 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 la 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 collective ;
- **le souscripteur** est la personne morale ou le chef d'entreprise qui a conclu le contrat frais de santé collective ; 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 ;
- **l'adhérent** désigne le salarié du groupe assuré ;
- **les bénéficiaires** sont l'adhérent et ses ayants droit définis à l'article 2 des dispositions relatives au contrat d'entreprise.

Le montant de vos remboursements frais de santé

Les remboursements présentés viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale, que ce soit en secteur conventionné ou non.

Le cumul de nos prestations, des remboursements de la Sécurité sociale et de tout autre organisme ne peut dépasser le montant des frais réels engagés.

Nous remboursons les soins dont la date figurant sur le bordereau de la Sécurité sociale est comprise entre la date de début et la date de fin de la garantie.

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

Nos prestations ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons exercer toute action contre les tiers responsables de votre situation pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L 131-2 du Code des assurances).

Vous bénéficiez du tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

Le contrat souscrit par votre employeur est émis dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits "contrats responsables", conformément aux articles L 871-1 et L 322-2 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application. En conséquence :

- il prend en charge :
 - l'intégralité de la participation de l'adhérent sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie,
 - les équipements d'optique médicale dans la double limite des minima et maxima fixés par décret
 - au moins deux prestations de prévention,
 - l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée
- il ne prend pas en charge :
 - les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins au-delà de la limite fixée par décret
 - la majoration de la participation de l'adhérent 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 (actes lourds)).

et de manière générale, il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci.

En outre, le contrat respecte le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé défini à l'article L 911-7 du code 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 la Sécurité sociale, sauf s'ils concernent une interdiction de prise en charge du contrat responsable visée ci-dessus.

| Nature des prestations | Le montant de vos remboursements SOCLE |
|------------------------|---|
|------------------------|---|

La médecine courante

| | |
|---|-------------|
| ▪ Pour les médecins | |
| - les consultations des médecins généralistes adhérents au DPTAM | 100 % BR-MR |
| - les consultations des médecins généralistes non adhérents au DPTAM | 100 % BR-MR |
| - les consultations des médecins spécialistes adhérents au DPTAM | 195 % BR-MR |
| - les consultations des médecins spécialistes non adhérents au DPTAM | 175 % BR-MR |
| - les visites des médecins adhérents au DPTAM | 195 % BR-MR |

| | |
|---|------------------------|
| - les visites des médecins non adhérents au DPTAM | 175 % BR-MR |
| - les actes techniques médicaux et les actes de chirurgie pratiqués par les médecins adhérents au DPTAM | 150 % BR-MR |
| - les actes techniques médicaux et les actes de chirurgie pratiqués par les médecins non adhérents au DPTAM | 130 % BR-MR |
| - les actes d'imagerie, échographie et doppler pratiqués par les médecins adhérents au DPTAM | 100 % BR-MR |
| - les actes d'imagerie, échographie et doppler pratiqués par les médecins non adhérents au DPTAM | 100 % BR-MR |
| - la téléconsultation | Cf. § téléconsultation |
| ▪ les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, ... | 100 % BR-MR |
| ▪ les analyses biologiques | 100 % BR-MR |
| ▪ la médecine non conventionnelle les séances d' ostéopathie , de chiropraxie , d' acupuncture , d' étiopathie , de psychomotricité , de pédicurie , de podologie , de diététique , de psychologie et de tabacologie , non remboursées par la Sécurité sociale, dans la limite globale, par an et par bénéficiaire : | |
| - de trois séances, | |
| - et d'un forfait de : | - |

La prévention

| | |
|--|---|
| ▪ Les actes de prévention | selon le poste auquel ils sont rattachés et au minimum 100 % BR-MR |
| ▪ les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de : | - |
| ▪ vaccin anti-grippal | - |
| ▪ une consultation prescrite par un médecin, chez un diététicien par enfant de moins de 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, dans la limite d'une prise en charge tous les 3 ans sur la base de : | 100 % BR-MR |
| ▪ Tous 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) , dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de : | - |
| ▪ Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité Sociale | - |

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Les frais de transport | 100 % BR-MR |
|-------------------------------|-------------|

La pharmacie

| | |
|---|-------------|
| ▪ les médicaments pris en charge par la Sécurité sociale | 100 % BR-MR |
| ▪ les moyens de contraception féminine non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de : | - |

Le dentaire

| | |
|---|------------------------|
| ▪ les consultations, soins courants (hors inlays onlays d'obturation), radiologie et chirurgie | 100 % BR-MR |
| ▪ les inlays onlays d'obturation | 150 % BR-MR |
| ▪ les appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations) pris en charge par la Sécurité sociale | 150 % BR-MR |
| ▪ les prothèses fixes unitaires dents du sourire (Incisives et canines supérieures et inférieures, prémolaires supérieures et premières prémolaires inférieures) prises en charge par la Sécurité sociale | 250 % BR-MR |
| ▪ les prothèses fixes unitaires du fonds de la bouche (y compris élément supplémentaire de Bridge) prises en charge par la Sécurité sociale | 175 % BR-MR |
| ▪ les inlays core | 150 % BR-MR |
| ▪ les prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité Sociale dans la limite par an et par bénéficiaire de : | 150 euros 450 euros |
| ▪ les frais d'orthopédie dento-faciale (orthodontie) pris en charge par la Sécurité sociale | 250 % BR-MR |
| ▪ les frais d'orthopédie dento-faciale (orthodontie) non pris en charge par la Sécurité sociale, par semestre et durant maximum quatre semestres consécutifs. | - |
| ▪ les implants dentaires, non pris en charge par la Sécurité Sociale, sur la base suivante | |
| ▪ la pose de l'implant (phase opératoire) | 400 euros |
| ▪ le faux-moignon implantaire | 100 euros |
| dans la limite de 3 par an et par bénéficiaire | |
| ▪ les trois actes suivants de parodontologie : | |
| - Curetage / surfaçage | |
| - Greffe gingivale | |
| - Lambeau | |
| dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de : | - |

L'optique

| | |
|---|---|
| ▪ Equipement verres + montures | Cf. grille optique |
| <p>Nous limitons notre prise en charge, à compter de la date d'adhésion au contrat du bénéficiaire, à 1 monture et 2 verres tous les 2 ans (tous les ans pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue : la modification de correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien). Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.</p> | |
| ▪ les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, remboursement limité par année civile et par bénéficiaire à : | (TM pour les lentilles acceptées) + 85 euros |
| <p>Au-delà de cette limite, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur de 100 % du ticket modérateur</p> | |
| ▪ l'opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser (par œil) | 600 euros |

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

(1) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

(2) Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et verre multifocal ou progressif

(3) Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries

L'auditif

- | | |
|---|-----------|
| ▪ les prothèses auditives garantie correspondant à l'appareillage d'une oreille (Cette garantie est au minimum égale à 100% BR -SS) | 450 euros |
|---|-----------|

Les appareillages et prothèses diverses

(hors prothèses dentaires et auditives) 175 % BR-MR

L'hospitalisation

- | | |
|---|------------------|
| ▪ les frais de séjour (établissement public ou privé) | |
| - l'hospitalisation médicale, obstétrique et psychiatrique | 175 % BR-MR |
| - l'hospitalisation chirurgicale, obstétrique et psychiatrique | 175 % BR-MR |
| ▪ les honoraires des médecins adhérents au DPTAM | 195 % BR-MR |
| ▪ les honoraires des médecins non adhérents au DPTAM | 175 % BR-MR |
| ▪ le forfait actes lourds | 100 % du forfait |
| ▪ le forfait journalier | 100 % du forfait |
| ▪ la chambre particulière (par jour) | 45 euros |
| ▪ le lit d'accompagnant sans limite d'âge (par jour) | 45 euros |
| Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite de 30j par an. | |

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

L'indemnisation :

- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge 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 des 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur. Cette limitation ne s'applique pas au forfait journalier.

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement sont pris en charge à partir du 6ème jour d'hospitalisation, les cinq premiers jours étant pris en charge au titre de la maternité. En cas de césarienne, les frais (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation.

La maternité

- | | |
|--|---|
| ▪ un forfait destiné à couvrir les frais d'accouchement et les 5 premiers jours d'hospitalisation. La prestation est doublée en cas de naissances multiples. | - |
|--|---|

Au-delà du 5^{ème} jour, les frais sont pris en charge au titre de l'hospitalisation.

- | | |
|-----------------------|---|
| ▪ un forfait adoption | - |
|-----------------------|---|

Quelques définitions

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité Sociale, fixé par décret chaque année en fonction de l'évolution moyenne des salaires.

TM : Ticket modérateur = 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.

Tiers payant : Disposition vous permettant de bénéficier, ainsi que vos ayants droit, du mécanisme de tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité.

MR : Montant remboursé par la Sécurité sociale.

FR-SS : Frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale.

BR-MR : Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Nos services 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 !**

SANTÉ AU QUOTIDIEN

□ La téléconsultation

Préambule

La « Téléconsultation » est une garantie de consultation médicale à distance dont la mise en œuvre est confiée à AXA Assistance (6 rue André Gide -92320 Châtillon, - 3 11 338 339 RCS Nanterre).

Cette activité d'AXA Assistance est officiellement enregistrée, conformément au décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, et s'exerce sur la base d'un contrat conclu avec l'Agence régionale de Santé (ARS) compétente. Le non-renouvellement par l'ARS de ce contrat constituerait un cas de force majeure entraînant la cessation de la garantie Téléconsultation sans préavis et sans que l'ensemble des autres dispositions de votre contrat soient modifiées.

Le service de Téléconsultation médicale n'est pas un service d'urgence.

Avant de partir à l'étranger, vous êtes invités à noter et conserver sur vous le numéro d'urgence du pays où vous vous rendez.

Article 1. Définitions

Équipe Médicale ou Équipe de Médecins : Médecin ou Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) salariés d'AXA Assistance

Médecin : Médecin généraliste

Téléconsultation : consultation médicale par téléphone et de manière complémentaire par vidéoconférence

Article 2. Objet

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

Article 3 : Mise en œuvre de la garantie

AXA assistance répond 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, aux appels téléphoniques qu'elle réceptionne.

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

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

Téléconsultation

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

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

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

L'IDE ou le médecin pourront vous proposer de poursuivre la Téléconsultation par vidéoconférence si vous le souhaitez. Les images de la vidéoconférence ne seront pas utilisées à des fins de diagnostic. Vous aurez la possibilité d'adresser au Médecin durant la Téléconsultation des documents (photos, analyses biologiques) qui pourront compléter les informations que vous aurez communiquées oralement. Le Médecin pourra éventuellement utiliser ces documents pour appuyer son diagnostic.

A l'issue de la Téléconsultation, le Médecin d'AXA Assistance vous apportera une réponse médicale adaptée à sa situation pathologique. Cette réponse pourra prendre la forme suivante :

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

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

Dans le cas où L'Équipe Médicale d'AXA Assistance identifierait une urgence médicale, vous serez réorienté immédiatement vers les services d'urgence.

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

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

Information

A votre demande ou celle de vos bénéficiaires, l'Équipe Médicale d'AXA Assistance peut communiquer des informations, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Elle donne tout renseignement d'ordre général. L'intervention de l'Équipe Médicale d'AXA Assistance se limite à donner des informations objectives. L'objet de la Téléconsultation n'est en aucun cas de favoriser une automédication.

Orientation

A votre demande ou celle de vos bénéficiaires l'Équipe Médicale d'AXA Assistance peut vous aider à exercer votre libre choix en vous conseillant une sélection de médecins spécialistes et/ou d'établissements de santé, dans le respect du parcours de soins.

Article 4 : Responsabilité

Responsabilité d'AXA Assistance

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

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

- de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques.
- de modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne leur auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation,
- d'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

Responsabilité du Bénéficiaire

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

Article 5 : Informatiques et Libertés

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

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

Vous disposez, conformément à la réglementation en vigueur d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression aux informations vous concernant.

Vous pouvez vous adresser par courrier à : AXA Assistance France - Service Juridique – 6 rue André Gide – 92320 Châtillon.

Article 6 : Réclamation et Différends

Traitement des réclamations

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

Différends

Tous les litiges auxquels la présente annexe pourrait donner lieu, concernant tant sa validité, son interprétation, son exécution, ses conséquences et leurs suites seront soumis aux tribunaux compétents dans les conditions de droit commun.

Article 7 : Exclusions

Sont exclus de la Téléconsultation :

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

□ Les services Frais de santé ITELIS



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

Optique

2 500 opticiens partenaires.

Tarifs privilégiés

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

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

Services exclusifs gratuits

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

Qualité et traçabilité des produits

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

Dentaire

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

Tarifs privilégiés

- Jusqu'à 15% d'économie sur les prothèses les plus fréquentes (couronnes, bridges).
- Jusqu'à 25% d'économie sur un traitement implantaire.
- Tarif à partir de 1 400€ pour un acte complet d'implantologie (implant, pilier, couronne).

Services exclusifs gratuits

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

Audioprothèse

1 000 audioprothésistes partenaires.

Tarifs privilégiés

- 15% d'économie moyenne sur les aides auditives.
- Zéro reste à charge sur les piles (sur la base d'une consommation normale)*.
- 10% de remise minimale sur les produits d'entretien.

- 15% de remise minimale sur les accessoires (appareils connectés, casques TV, téléphones...).

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

Services exclusifs gratuits

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

Qualité et traçabilité des produits

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

Suivi complet même en cas de déménagement

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

Chirurgie réfractive

30 centres de chirurgie réfractive partenaires.

Tarifs privilégiés

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

Critères de qualité

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

Mode d'emploi

- 1. Localisez le partenaire le plus proche :**
 - Par internet depuis l'espace du gestionnaire de santé.
 - Par téléphone en appelant le centre de gestion au numéro figurant sur l'attestation de tiers payant.
 - Via l'application webmobile @pplitelis®.
- 2. Présentez au partenaire votre carte de tiers payant sur laquelle figure la mention Itelis.**
- 3. Demandez à bénéficier des avantages du réseau Itelis.**

BIEN ETRE ET PREVENTION

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

□ My Easy santé c'est une appli simple à télécharger, ou accessible sur myeasysanté.fr

Avec My Easy santé vous trouvez :

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

ACCOMPAGNEMENT DANS LES MOMENTS DIFFICILES

□ Les services d'assistance

Nous mettons en œuvre des services d'assistance pour les bénéficiaires de la garantie.

Assistance en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire ou 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.

▪ Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde de vos enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, 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 votre domicile,
- soit en acheminant les enfants au domicile d'un de vos proches,
- soit en confiant la garde de vos enfants à votre 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 euros** maximum par hospitalisation ou immobilisation.

Cette prestation est limitée à **40 heures**, réparties sur vingt jours et à raison de deux heures consécutives minimum par jour. Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation.

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

Nous prenons en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère 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, vous devez nous en faire la demande dans les huit jours suivant votre 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 quarante heures, réparties sur vingt jours et à raison de deux heures consécutives minimum par jour.

▪ Garde malade

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une garde malade dès le retour au domicile. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les huit jours suivant votre 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 vingt jours et à raison de quatre heures consécutives minimum par jour.

▪ Présence d'un proche à votre chevet

Nous organisons et prenons en charge un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe pour un proche résidant en France afin de se rendre à votre chevet pendant votre immobilisation.

Nous organisons son hébergement sur place et prenons en charge ses frais d'hôtel pendant **3 nuits** maximum à concurrence de **80 euros** 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 votre famille ne se trouve dans un rayon de 50 km de votre lieu de domicile ou de celui du bénéficiaire concerné.

▪ **Organisation de services**

A votre demande ou à celle de l'un de vos proches, nous organisons les services suivants : accompagnement dans les déplacements sous réserve que votre état permette ce déplacement (Les moyens seront mis en œuvre, par notre équipe médicale, en fonction de votre état de santé et du lieu de destination), recherche de personnel à caractère médical, paramédical ou de confort, soutien pédagogique, livraison de courses, service de pressing, coiffeur, portage de repas, pédicure, kinésithérapeute, personne de compagnie, petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie), petit jardinage, petit bricolage.

Le coût de la garantie reste à votre charge.

▪ **Recherche d'une place dans un milieu hospitalier**

A votre demande et sur prescription médicale, notre équipe médicale recherche, dans la mesure des disponibilités, une place dans tout service hospitalier dans des établissements privés ou publics situés dans un rayon de 50 km autour de votre domicile.

▪ **Soins à domicile**

En cas d'hospitalisation au domicile ou d'immobilisation au domicile, nous mettons à votre disposition un service de soins à domicile (infirmière, kinésithérapeute) sur présentation d'une prescription médicale de votre médecin traitant.

Les frais de déplacement et honoraires du personnel soignant ainsi que les soins restent à votre charge.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des conséquences d'éventuels retards, empêchements ou fautes du personnel médical contacté.

▪ **Soutien pédagogique**

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de votre enfant nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, nous recherchons 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 au 16ème jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Le coût de la garantie reste à votre charge.

Assistance en cas de grossesse ou séjour en maternité

▪ **Informations maternité**

Notre équipe médicale vous communique des informations et conseils médicaux en puériculture. Elle donne tout renseignement d'ordre général

Selon les cas, nous devons nous documenter ou effectuer des recherches et vous rappeler afin de vous communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et notre responsabilité ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises dans les domaines suivants :

- Habitation (acquisition, construction, financement, bail, congés, aide au logement),
- Impôts (fiscalité, calcul de l'impôt),

- Assurance vie,
- La famille : la grossesse et la naissance, l'adoption, l'éducation des enfants, prévoir sa succession, les handicaps,
- Les prestations familiales (allocations familiales, allocations logement, allocations de naissance, aide à la garde d'enfant, complément familial, allocation de parent isolé), les congés parentaux, l'assurance maternité du régime général, la protection de la femme enceinte, les établissements maternels,
- L'information administrative et sociale : les congés parentaux, le congé maternité, le congé paternel, les allocations familiales, les allocations spécifiques de la CAF, allocation de soutien familial, allocation de parent isolé, les diverses prestations, la prestation d'accueil du jeune enfant, les primes à la naissance, le cumul des primes, la durée légale des congés de maternité, la Sécurité sociale et indemnités journalières, l'incidence fiscale en fonction du statut matrimonial,
- L'information médicale et paramédicale : la grossesse (les consultations obligatoires, les 3 échographies, la péridurale, l'épisiotomie, la radiopelvimétrie, l'amniocentèse, la choriocentèse, la grossesse extra-utérine, le placenta prævia, la toxoplasmose, le facteur rhésus et incompatibilité materno-fœtal, la rubéole), l'accouchement (les signes précurseurs, la césarienne, l'accouchement après terme), le nourrisson (évolution et développement (sommeil, tonus, préhension, etc....) développement psychomoteur et affectif du nourrisson, les maladies du nourrisson (érythèmes, méningite, bronchiolite, etc....), la dentition, les maladies du nourrisson.

L'intervention de notre médecin se limitera à donner des informations objectives.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale ou paramédicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle était la demande, nous conseillerions au bénéficiaire de consulter son médecin traitant.

Assistance en cas de chimiothérapie et/ou radiothérapie

▪ Organisation de services

A votre demande ou à celle de l'un de vos proches, nous organisons les services suivants : accompagnement dans les déplacements sous réserve que votre état permette ce déplacement (les moyens seront mis en œuvre en fonction de votre état de santé et du lieu de destination), recherche de personnel à caractère médical, paramédical ou de confort, livraison de courses, service de pressing, coiffeur, portage de repas, pédicure, kinésithérapeute, personne de compagnie, petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie), petit jardinage, petit bricolage.

Le coût de la garantie reste à votre charge.

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

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

La décision de vous rapatrier est prise en fonction des seuls impératifs médicaux.

Nous vous dirigeons alors :

- soit vers le centre hospitalier le mieux adapté à votre état de santé,
- soit vers le centre hospitalier le plus proche de votre domicile,
- soit vers votre domicile.

Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la présente garantie.

Définitions applicables aux services d'assistance

Territorialité

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

Domicile

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

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) entraînant par la suite une immobilisation au domicile.

Immobilisation au domicile

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

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.

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.

Equipe médicale

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

Proche

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

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.

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, vous devez nous contacter au numéro figurant sur votre 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.

□ Hospiway

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

Ce site propose :

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

Les documents nécessaires au règlement des prestations

Dans tous les cas, si votre décompte de Sécurité sociale nous est télétransmis, vous n'avez pas à nous le faire parvenir.

| Les prestations | Les documents à nous transmettre |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ La médecine courante | L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ La médecine non conventionnelle | L'original de la facture ou pièce numérisée, avec le n° ADELI du praticien (Pour les séances d'étiopathie le n° FINESS du praticien). |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ La prévention <ul style="list-style-type: none"> - Les actes de prévention - Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin - Consultation, prescrite par un médecin, chez un diététicien par enfant de moins de 12 ans - Test HPV - Les substituts nicotiques | <ul style="list-style-type: none"> L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée La prescription médicale et l'original de la facture ou pièce numérisée La prescription médicale et l'original de la facture ou pièce numérisée L'original du décompte de la Sécurité sociale ou l'original de la facture s'il n'a pas été remboursé par la Sécurité sociale, ou pièce numérisée L'original du décompte de la Sécurité sociale ou l'original de la facture s'il n'a pas été remboursé par la Sécurité sociale, ou pièce numérisée |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les frais de transport | L'original du décompte de la Sécurité sociale, ou pièce numérisée |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ La pharmacie <ul style="list-style-type: none"> - Les médicaments pris en charge par la Sécurité sociale - Les moyens de contraception féminine non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin | <ul style="list-style-type: none"> L'original du décompte de la Sécurité sociale (sauf si vous utilisez le tiers payant) ou pièce numérisée La prescription médicale et l'original de la facture |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le dentaire | <ul style="list-style-type: none"> L'original du décompte de la Sécurité sociale Pour les prothèses ou actes de parodontologie, l'original de la facture détaillée de tous les actes mentionnant en particulier le numéro des dents soignées. Pour les actes inférieurs à 800 euros (2 000 euros pour les implants), les pièces numérisées sont acceptées. Le cas échéant, une demande de prise en charge dans le réseau des partenaires. |

| Les prestations | Les documents à nous transmettre |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'optique | L'original du décompte de la Sécurité sociale <ul style="list-style-type: none"> - Pour les lunettes ou l'implant intraoculaire multifocal : l'original de la facture mentionnant la correction visuelle et le type de verre. Le cas échéant, une demande de prise en charge dans le réseau des partenaires. - Pour les lentilles : l'original de la prescription médicale datant de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) pour les lentilles qui ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale et l'original de la facture. - Pour l'opération de l'oeil, l'original de la facture Pour les actes inférieurs à 600 euros (300 euros pour les lentilles), les pièces numérisées sont acceptées. |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'auditif | L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée. En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée. Le cas échéant, une demande de prise en charge dans le réseau des partenaires. |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les appareillages et prothèses diverses (autres que les prothèses dentaires et auditives) | L'original du décompte de la Sécurité sociale ou pièce numérisée. En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture détaillée. |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'hospitalisation | Selon la facturation dont relève l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> - Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire, - L'original de la facture, - L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires ou pièce numérisée. |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ La maternité | Une copie de l'acte de naissance de l'enfant |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'adoption | Une copie du jugement d'adoption plénière. |

Quelques informations supplémentaires

Nous conserverons les pièces justificatives que vous nous transmettez.

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 et effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de votre garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit de l'adhérent.

Les dispositions relatives au contrat Santé Entreprise

Article 1 : Les conditions d'adhésion

Pour bénéficier de notre garantie, vous devez répondre à l'ensemble des conditions suivantes, sauf dispositions dérogatoires prévues par la législation en vigueur :

- appartenir au groupe assuré,
- être affilié à un régime obligatoire de la Sécurité sociale,
- bénéficier d'un contrat de travail en vigueur. Si votre contrat de travail est suspendu pour maladie, maternité ou accident (avec ou sans indemnisation du souscripteur), ou pour une autre cause avec indemnisation du souscripteur, vous continuez à bénéficier des garanties du présent contrat.

Article 2 : Les bénéficiaires

Vous-même et vos ayants droit bénéficiez de la garantie.

Vos ayants droit sont vos enfants et ceux de votre conjoint :

- jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire, s'ils sont à sa charge (ou à celle de son conjoint) au sens de la Sécurité sociale,
- jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire, s'ils remplissent une des conditions suivantes :
 - ils sont affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
 - ils suivent des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
 - ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et ont terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
- quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire.

Il peut toutefois demander, pour des garanties identiques aux siennes, l'adhésion à l'assurance pour ses ayants droit définis au chapitre « Les ayants droit facultatifs ».

Article 3 : La durée de votre garantie

1. Le début de votre garantie

Vous bénéficiez de votre garantie :

- dès la date d'effet du contrat frais de santé collective conclu par votre employeur quand vous êtes déjà membre du groupe assuré,
- à la date de votre entrée dans le groupe lorsque vous en devenez membre après la date d'effet du contrat.

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.

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.

2. La fin de votre garantie

Vous cessez, ainsi que vos ayants droit, de bénéficier de votre garantie dès :

- que vous sortez du groupe assuré,
- que votre contrat de travail est rompu, sauf si vous bénéficiez du maintien de garanties prévu à l'article ci-dessous,
- l'attribution de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail), sauf si vous bénéficiez du dispositif de cumul emploi retraite,
- la résiliation de ce contrat (si ce dernier n'est pas remplacé, vous pouvez nous demander à bénéficier d'une assurance de groupe à adhésion individuelle).

De plus, vos ayants droit cessent de bénéficier de la garantie dès qu'ils ne répondent plus à la définition des ayants droit.

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

Article 4 : La prescription

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

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurances 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 L114-2 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 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 L114-3 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.

Article 5 : 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.

Article 6 : La législation relative aux traitements des données à caractère personnel

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

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

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

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

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

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

Les maintiens de garantie dont vous pouvez bénéficier

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

Vous bénéficiez du maintien des garanties du présent contrat en cas de rupture de votre contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, sauf :

- en cas de licenciement pour faute lourde,
- si les droits à couverture complémentaire ne vous étaient pas ouverts au jour de la rupture de votre contrat de travail.

Ce maintien s'applique à l'ensemble de vos ayants droit dans les conditions et termes des garanties maintenues, si ces derniers étaient couverts au titre du présent contrat.

Nous maintenons les garanties du contrat à compter du lendemain de la rupture de votre contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée de votre dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, telle que nous l'aura déclarée votre employeur, dans la limite de 12 mois.

Le maintien de vos garanties Frais de santé doit vous être signalé dans le certificat de travail établi par votre employeur. Après l'avoir complétée et signée, votre employeur nous remettra la déclaration de maintien et vous en donnera une copie.

En revanche, il vous appartient de nous justifier directement vos droits à indemnisation du chômage pour bénéficier du présent maintien. Aussi, nous nous réservons la possibilité de conditionner le versement des prestations à la justification de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage. Nous pouvons donc suspendre le versement des prestations jusqu'à ce que vous nous transmettiez le justificatif demandé.

En tout état de cause, vous vous engagez à nous déclarer dans les meilleurs délais, votre reprise du travail ou la liquidation de vos droits à pension de retraite. A défaut, vous vous exposez au remboursement d'éventuelles sommes versées à tort.

Nous cessons le maintien des garanties à la survenance du premier des évènements suivants :

- au terme de la durée maximale prévue ci-dessus,
- au jour où vous trouvez un nouvel emploi ou liquidez vos droits à pension de retraite.
- à la date de résiliation du contrat.

Si vous bénéficiez du présent maintien, vous pourrez toutefois demander, dans les six mois qui suivent son expiration, à bénéficier des possibilités qui vous sont offertes par l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989 (voir paragraphe suivant).

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

Pour vous permettre de bénéficier d'un maintien des garanties Frais de santé en cas de rupture de votre contrat de travail, nous vous proposons une assurance à adhésion facultative.

Vous devez nous faire la demande d'adhésion dans les six mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois qui suivent la fin du maintien de garantie prévu à l'article ci-dessus.

Nous vous adressons la proposition de maintien de la couverture au plus tard dans le délai de deux 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 votre demande.

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.

Vous pouvez souscrire :

- si vous êtes en incapacité ou en invalidité et indemnisé comme tel par la Sécurité sociale,
- au moment de votre départ en préretraite ou à la retraite,
- si vous êtes privés d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement (si vous avez bénéficié du maintien prévu à l'article 1 ci-dessus, la période de 6 mois s'entend à compter de la fin dudit maintien).

En cas de décès, vos ayants droit (tels que définis à l'article 2 des dispositions relatives au contrat Santé entreprise) peuvent également bénéficier du maintien de garantie pendant 12 mois, s'ils en font la demande dans les 6 mois qui suivent la date de votre décès.

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

Pour prendre contact avec nous

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° 226490340,
- la raison sociale de votre employeur : NETEEM.

En cas de réclamation :

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

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

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

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

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

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

Par mail : sur le site www.mediation-assurance.org

Par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 501 10 - 75441 Paris cedex 09

L'intervention du médiateur est gratuite.

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

Les ayants droit facultatifs

Vous pouvez demander, pour des garanties identiques aux vôtres, l'adhésion à l'assurance de 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.

A tout moment, les garanties des ayants droit restent identiques à celles de l'adhérent.

Date d'effet de l'adhésion et durée de la garantie

1. Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la première cotisation et des dispositions du paragraphe suivant :

- à la date d'adhésion de l'adhérent lorsque les ayants droit figurent sur le bulletin individuel d'affiliation initial de ce dernier,
- s'agissant du conjoint ou du partenaire, à la date de mariage ou de signature du PACS lorsque la demande est reçue dans les trente jours qui suivent ladite date,
- à la date à laquelle l'ayant droit répond à la définition visée ci-dessus, lorsque la demande est reçue dans les trente jours qui suivent ladite date,
- dans les cas non visés ci-dessus, le 1^{er} janvier de chaque année, lorsque la demande est reçue avant le 1^{er} novembre de l'année précédente.

2. Durée de la garantie

La garantie prend effet à la date d'effet de l'adhésion.

Nous remboursons les soins dont la date de réalisation, figurant sur le décompte de la Sécurité sociale, est comprise entre le début et la fin de la garantie définie ci-dessous.

3. La fin de la garantie

La garantie prend fin :

- à la date à laquelle les ayants droit ne répondent plus à la définition ci-dessus,
- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel intervient la demande de résiliation de votre adhésion, sous réserve que vous nous l'ayez notifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant la date précitée. Toutefois, il ne vous est pas possible de résilier votre adhésion au cours de votre 1^{ère} année d'adhésion, sauf si vous ne répondez à la définition des ayants droit ci-dessus,
- en cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article ci-dessous,
- en cas de cessation de l'assurance pour l'adhérent, et en particulier en cas de résiliation du présent contrat.

Toute résiliation est définitive sauf en cas de changement de situation de famille.

Les options facultatives

Ce chapitre présente les options facultatives que vous pouvez souscrire pour compléter, si vous le désirez, votre régime de base obligatoire.

□ Les conditions d'adhésion et de choix de l'option

Pour adhérer à votre option, vous devez compléter le bulletin individuel d'adhésion pour vous-même et vos ayants droit. Votre demande d'adhésion peut avoir lieu à tout moment et elle doit préciser l'option choisie.

Le début de la garantie

▪ **Vous** bénéficiez de la garantie, selon le cas :

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

▪ **Vos ayants droit** bénéficient de la garantie, selon le cas :

- dès l'adhésion à l'assurance du salarié lorsqu'ils sont ayants droit au titre du régime de base obligatoire,
- dès la date à laquelle l'intéressé répond à la définition d'ayant droit.

Le choix de l'option

Lors de votre adhésion, vous avez le choix entre 3 options de garantie. Ce choix vaut pour vous-même et vos ayants droit.

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

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

La fin de la garantie

▪ **A votre initiative**

Vous pouvez demander votre radiation de l'assurance par lettre recommandée avant le 1^{er} novembre de chaque exercice, le cachet de la poste faisant foi, pour prendre effet au 31 décembre suivant.

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

La radiation d'un de vos ayants droit au titre du régime de base obligatoire entraîne sa radiation au titre de l'option facultative à la même date.

Toute radiation est définitive sauf en cas de changement de situation de famille.

▪ **Dans les autres cas**

Vous cessez de bénéficier de l'option choisie dans les cas prévus aux dispositions relatives au contrat d'entreprise (article 3).

La garantie est suspendue dans les cas de congés pendant lesquels votre contrat de travail est suspendu, comme par exemple, le congé parental total d'éducation, le congé pour création d'entreprise, le congé sabbatique ou le congé individuel de formation.

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

□ Les remboursements

Les remboursements présentés sont les montants totaux remboursés par AXA au titre du régime de base obligatoire et de l'option choisie. Ils viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, que ce soit en secteur conventionné ou non.

Nous remboursons dans les mêmes conditions que celles du régime de base.

| Nature des prestations | Montant des remboursements | | |
|--|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | SOCLE + OPTION 1 | SOCLE + OPTION 2 | SOCLE + OPTION 3 |
| La médecine courante | | | |
| ▪ Pour les médecins | | | |
| - les consultations des médecins généralistes adhérents au DPTAM | 150 % BR-MR | 220 % BR-MR | 400 % BR-MR |
| - les consultations des médecins généralistes non adhérents au DPTAM | 130 % BR-MR | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR |
| - les consultations des médecins spécialistes adhérents au DPTAM | 220 % BR-MR | 300 % BR-MR | 450 % BR-MR |
| - les consultations des médecins spécialistes non adhérents au DPTAM | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR |
| - les visites des médecins adhérents au DPTAM | 220 % BR-MR | 300 % BR-MR | 450 % BR-MR |
| - les visites des médecins non adhérents au DPTAM | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR |
| - les actes techniques médicaux et les actes de chirurgie pratiqués par les médecins adhérents au DPTAM | 170 % BR-MR | 170 % BR-MR | 250 % BR-MR |
| - les actes techniques médicaux et les actes de chirurgie pratiqués par les médecins non adhérents au DPTAM | 150 % BR-MR | 150 % BR-MR | 200 % BR-MR |
| - les actes d'imagerie, échographie et doppler pratiqués par les médecins adhérents au DPTAM | 145 % BR-MR | 170 % BR-MR | 350 % BR-MR |
| - les actes d'imagerie, échographie et doppler pratiqués par les médecins non adhérents au DPTAM | 125 % BR-MR | 150 % BR-MR | 200 % BR-MR |
| - la téléconsultation | Cf. § téléconsultation | Cf. § téléconsultation | Cf. § téléconsultation |
| ▪ les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes... | 100 % BR-MR | 100 % BR-MR | 100 % BR-MR |
| ▪ les analyses biologiques | 100 % BR-MR | 100 % BR-MR | 100 % BR-MR |

| | | | |
|--|----------|-----------|-----------|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ la médecine non conventionnelle les séances d'ostéopathie, de chiropraxie, d'acupuncture, d'étiopathie, de psychomotricité, de pédicurie, de podologie, de diététique, de psychologie et de tabacologie non remboursées par la Sécurité sociale, dans la limite globale, par an et par bénéficiaire : <ul style="list-style-type: none"> - de trois séances, - et d'un forfait de : | 75 euros | 120 euros | 250 euros |
|--|----------|-----------|-----------|

La prévention

| | | | |
|---|--|---------------|----------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ les actes de prévention | selon le poste auquel ils sont rattachés et au minimum 100% BR-MR | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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, dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de | - | 90 euros | 100 euros |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ vaccin anti-grippal | - | 15 euros | 70 euros |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ une consultation prescrite par un médecin, chez un diététicien par enfant de moins de 12 ans | - | 60 euros | 60 euros |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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, dans la limite d'une prise en charge tous les 3 ans sur la base de : | 100 % BR-MR | 100 % BR-MR | 100 % BR-MR |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous 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), dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de : | - | 50 euros | 100 euros |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité Sociale | - | 50 euros / an | 100 euros / an |

| | | | |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Les frais de transport | 100 % BR-MR | 100 % BR-MR | 100 % BR-MR |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|

La pharmacie

| | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ les médicaments pris en charge par la Sécurité sociale | 100 % BR-MR | 100 % BR-MR | 100 % BR-MR |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ les moyens de contraception féminine non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de : | - | 50 euros | 100 euros |

Le dentaire

| | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| ▪ les consultations et soins courants (hors inlays onlays d'obturation), radiologie et chirurgie | 100 % BR-MR | 100 % BR-MR | 100 % BR-MR |
| ▪ les inlays onlays d'obturation | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR |
| ▪ les appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations) pris en charge par la Sécurité sociale | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR |
| ▪ les prothèses fixes unitaires dents du sourire (Incisives et canines supérieures et inférieures, prémolaires supérieures et premières prémolaires inférieures) prises en charge par la Sécurité sociale | 300 % BR-MR | 450 % BR-MR | 550 % BR-MR |
| ▪ les prothèses fixes unitaires du fonds de la bouche (y compris élément supplémentaire de Bridge) prises en charge par la Sécurité sociale | 200 % BR-MR | 350 % BR-MR | 450 % BR-MR |
| ▪ les inlays core | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR | 250 % BR-MR |
| ▪ les prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité Sociale | 200 euros | 300 euros | 300 euros |
| dans la limite par an et par bénéficiaire de : | 600 euros | 900 euros | 900 euros |
| ▪ les frais d'orthopédie dento-faciale (orthodontie) pris en charge par la Sécurité sociale | 300 % BR-MR | 350 % BR-MR | 450 % BR-MR |
| ▪ les frais d'orthopédie dento-faciale (orthodontie) non pris en charge par la Sécurité sociale, par semestre et durant maximum quatre semestres consécutifs. | 250% BR (sur la base d'un TO90) | 250% BR (sur la base d'un TO90) | 350% BR (sur la base d'un TO90) |
| ▪ les implants dentaires, non pris en charge par la Sécurité Sociale, sur la base suivante | | | |
| ▪ la pose de l'implant (phase opératoire) | 400 euros | 400 euros | 620 euros |
| ▪ le faux-moignon implantaire | 100 euros | 100 euros | 180 euros |
| dans la limite de 3 par an et par bénéficiaire | | | |
| ▪ les trois actes suivants de parodontologie : | | | |
| – Curetage / surfaçage | | | |
| – Greffe gingivale | | | |
| – Lambeau | | | |
| dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de : | 200 euros | 300 euros | 300 euros |

L'optique

- Equipement verres et monture Cf. grille optique Cf. grille optique Cf. grille optique

Nous limitons notre prise en charge, **à compter de la date d'adhésion au contrat du bénéficiaire**, à 1 monture et 2 verres tous les 2 ans (tous les ans pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue : la modification de correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien). **Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.**

- | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ▪ les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, remboursement limité par année civile et par bénéficiaire à : | (TM pour les lentilles acceptées) | (TM pour les lentilles acceptées) | (TM pour les lentilles acceptées) |
| Au-delà de cette limite, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur de 100 % du ticket modérateur | +100 euros | +200 euros | +350 euros |
| ▪ l'opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser (par œil) | 700 euros | 750 euros | 1 000 euros |

GRILLE OPTIQUE

| Défaut Visuel | Remboursement en euros par verre y compris Sécurité Sociale | | | | | | | |
|--|---|--------|----------|--------|----------|--------|----------|--------|
| | Socle | | Option 1 | | Option 2 | | Option 3 | |
| Verre Simple | Enfant | Adulte | Enfant | Adulte | Enfant | Adulte | Enfant | Adulte |
| Sphère de - 6 à +6 | 40 € | 70 € | 50 € | 80 € | 60 € | 90 € | 75 € | 115 € |
| Sphère de - 6,25 à -10 ou de +6,25 à +10 | 75 € | 80 € | 85 € | 90 € | 95 € | 100 € | 120 € | 125 € |
| Sphère < -10 ou > +10 | 80 € | 90 € | 90 € | 100 € | 100 € | 110 € | 125 € | 140 € |
| Cylindre <= +4 sphère de - 6 à +6 | 50 € | 80 € | 60 € | 90 € | 70 € | 100 € | 90 € | 125 € |
| Cylindre <= +4 Sphère < - 6 ou > +6 | 80 € | 90 € | 90 € | 100 € | 100 € | 110 € | 125 € | 140 € |
| Cylindre > +4 Sphère de - 6 à +6 | 90 € | 100 € | 100 € | 110 € | 110 € | 120 € | 140 € | 150 € |
| Cylindre > +4 Sphère < - 6 ou > +6 | 100 € | 110 € | 110 € | 120 € | 120 € | 130 € | 150 € | 165 € |
| Verre complexe | Enfant | Adulte | Enfant | Adulte | Enfant | Adulte | Enfant | Adulte |
| Sphère de - 4 à +4 | 105 € | 130 € | 115 € | 140 € | 125 € | 160 € | 155 € | 200 € |
| Sphère < - 4 ou > +4 | 115 € | 140 € | 125 € | 150 € | 135 € | 170 € | 170 € | 215 € |
| Sphère de - 8 à +8 | 125 € | 150 € | 135 € | 160 € | 145 € | 180 € | 180 € | 225 € |
| Sphère < - 8 ou > +8 | 135 € | 160 € | 145 € | 170 € | 155 € | 190 € | 195 € | 240 € |
| Monture | 60 € | 80 € | 75 € | 100 € | 100 € | 150 € | 100 € | 150 € |

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

L'auditif

| | | | |
|--|-----------|-------------|-------------|
| ▪ les prothèses auditives garantie correspondant à l'appareillage d'une oreille (Cette garantie est au minimum égale à 100 % BR - SS) | 600 euros | 1 000 euros | 1 000 euros |
|--|-----------|-------------|-------------|

Les appareillages et prothèses diverses
(hors prothèses dentaires et auditives)

| | | |
|-------------|-------------|-------------|
| 200 % BR-MR | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR |
|-------------|-------------|-------------|

L'hospitalisation

| | | | |
|---|------------------|------------------|------------------|
| ▪ les frais de séjour (établissement public ou privé) | | | |
| - l'hospitalisation médicale, obstétrique et psychiatrique | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR | 300 % BR-MR |
| - l'hospitalisation chirurgicale, obstétrique et psychiatrique | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR | 300 % BR-MR |
| ▪ les honoraires des médecins adhérents au DPTAM | 220 % BR-MR | 220 % BR-MR | 525 % BR-MR |
| ▪ les honoraires des médecins non adhérents au DPTAM | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR | 200 % BR-MR |
| ▪ le forfait actes lourds | 100% du forfait | 100% du forfait | 100% du forfait |
| ▪ le forfait journalier | 100 % du forfait | 100 % du forfait | 100 % du forfait |
| ▪ la chambre particulière (par jour) | 60 euros | 90 euros | 130 euros |
| ▪ le lit d'accompagnant sans limite d'âge (par jour) | 60 euros | 90 euros | 130 euros |
| Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite de 30j par an. | | | |

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

L'indemnisation :

- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge 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 des 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur. Cette limitation ne s'applique pas au forfait journalier.

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement sont pris en charge à partir du 6ème jour d'hospitalisation, les cinq premiers jours étant pris en charge au titre de la maternité. En cas de césarienne, les frais (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation.

La maternité

- | | | | |
|--|---|---|-----------|
| ▪ un forfait destiné à couvrir les frais d'accouchement et les 5 premiers jours d'hospitalisation. La prestation est doublée en cas de naissances multiples. | - | - | 400 euros |
|--|---|---|-----------|

Au-delà du 5ème jour, les frais sont pris en charge au titre de l'hospitalisation.

- | | | | |
|-----------------------|---|---|-----------|
| ▪ un forfait adoption | - | - | 400 euros |
|-----------------------|---|---|-----------|

Quelques définitions

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

PMSS : Plafond Mensuel des cotisations de la Sécurité Sociale, fixé par décret chaque année en fonction de l'évolution moyenne des salaires.

TM : Ticket modérateur = 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.

Tiers payant : Disposition vous permettant de bénéficier, ainsi que vos ayants droit, du mécanisme de tiers payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité.

MR : Montant remboursé par la Sécurité sociale.

FR-SS : Frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale.

BR-MR : Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Cotisations des garanties facultatives

A la date d'effet du contrat, la cotisation mensuelle est fixée à :

| | Régime de base | Option 1 | Option 2 | Option 3 |
|------------------------------------|--|---------------|---------------|---------------|
| | Cotisation supplémentaire à celle du socle | | | |
| - par adhérent | 47,00 euros | + 11,00 euros | + 25,00 euros | + 47,02 euros |
| - par conjoint bénéficiaire | 34,00 euros | + 8,00 euros | + 18,00 euros | + 35,30 euros |

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

Elle est ensuite majorée pour les exercices suivants au 1^{er} janvier de chaque année selon l'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : l'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux retenue est la moyenne des deux derniers taux d'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux recensés dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé.

La majoration tient compte également des résultats techniques de votre périmètre de mutualisation et de tout élément de nature à modifier le risque assuré (démographie, dérive des prestations, évolution de la réglementation ou des remboursements des régimes obligatoires, etc.).

Vous êtes informé des nouvelles cotisations au moins un mois avant le 1^{er} janvier.

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance. Le règlement est effectué par prélèvement automatique sur compte bancaire.

Toutes les taxes d'assurance existantes ou établies postérieurement à la date d'effet du contrat sont versées en même temps que les cotisations.

Le paiement de vos cotisations doit être effectué dans les dix jours suivant leur échéance, l'adhésion restant en vigueur pendant ce délai.

En cas de non-paiement de la cotisation complète à l'expiration du délai de dix jours indiqué précédemment, nous vous adressons une lettre recommandée de mise en demeure.

Si vous n'avez pas acquitté votre cotisation dans les trente jours qui suivent, nous suspendons votre adhésion conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances.

A défaut de paiement dans les dix jours qui suivent le délai de trente jours précité (soit quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure), votre adhésion est résiliée.