



Santé

Conditions générales Notice d'information Complémentaire santé Ma Santé



Septembre 2019

Je choisis
une assurance **citoyenne**

Le présent contrat d'assurance est soumis aux dispositions du Code des assurances.

Il est régi par la Loi française.

L'autorité chargée du contrôle de la société d'assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – Secteur Assurance (ACPR) située 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

SOMMAIRE

Chapitre	Page	Article
1. Votre contrat d'assurance complémentaire santé	3	1.1 Contrat individuel
	3	1.2 Contrat de groupe à adhésion facultative
	4	1.3 Terminologie
2. Vos garanties frais de santé	5	2.1 Que prenons-nous en charge ?
	5	2.2 Comment calculons-nous votre remboursement ?
	5	2.3 Comment obtenir votre remboursement ?
	6	2.4 Exclusions communes à toutes les garanties du chapitre 2
	6	2.5 Limitations communes à toutes les garanties du chapitre 2
	7	2.6 Hospitalisation
	8	2.7 Soins courants
	10	2.8 Transport sanitaire
	10	2.9 Optique
	12	2.10 Dentaire
	13	2.11 Aides auditives
	14	2.12 Cure thermique
	14	2.13 Allocation de bienvenue
	14	2.14 Soins à l'étranger (hors options Suisse)
	16	2.15 Options Suisse
3. Vos garanties d'assistance	20	3.1 Aide-ménagère
	20	3.2 Garde-malade
	20	3.3 Garde-enfants
	21	3.4 Garde et transferts des animaux domestiques
	21	3.5 Soutien scolaire
	21	3.6 Garde de personne dépendante
	22	3.7 Orientation hospitalière
	22	3.8 Conseil à l'aménagement d'habitat
	23	3.9 Recherche de prestataire
	23	3.10 Rapatriement sanitaire - Retour des proches
	26	3.11 Assistance juridique : information juridique par téléphone
4. Dispositions générales	27	4.1 Vos cotisations
	27	4.2 Modifications législatives et réglementaires
	27	4.3 Ancienneté des personnes au contrat
	28	4.4 Avantage 3 ^e enfant
	28	4.5 Déclarations fausses, erronées ou omises
	28	4.6 Démarrage du contrat et déclenchement des remboursements
	28	4.7 Fin du contrat ou de l'adhésion
	30	4.8 Modification du contrat ou de l'adhésion à votre demande
	30	4.9 Arbitrage
	30	4.10 Subrogation
	30	4.11 Contrat responsable
	31	4.12 Labellisation pour les agents territoriaux
	31	4.13 Prescription - Période au-delà de laquelle aucune demande n'est plus recevable
	32	4.14 Réclamations
	33	4.15 Délai de renonciation en cas de vente à domicile ou à distance
	34	4.16 Démarchage téléphonique
	34	4.17 Dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme
	34	4.18 Mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Chapitre	Page	Article
5. Convention d'utilisation des services numériques	35	5.1 Article 1 - Définitions
	36	5.2 Article 2 - Acceptation de la relation électronique
	36	5.3 Article 3 - Vos engagements
	37	5.4 Article 4 - Processus de souscription téléphonique
	38	5.5 Article 5 - Signature électronique de documents
	38	5.6 Article 6 - Relation électronique
	39	5.7 Article 7 - Moyens de preuve
	39	5.8 Article 8 - Archivage des documents
	39	5.9 Article 9 - Données à caractère personnel
6. Lexique	40	

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le lexique situé en fin de document. Ils sont soulignés lors de leur première apparition.

1. VOTRE CONTRAT D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Votre contrat a pour objet de vous garantir le remboursement total ou partiel de vos dépenses de santé décrites dans les pages suivantes et réalisées entre la date de début et la date de fin de la garantie selon les dispositions du chapitre 2 « Vos garanties frais de santé ».

Votre contrat est soit un contrat individuel, soit un contrat de groupe à adhésion facultative en fonction des critères indiqués ci-dessous.

Pour souscrire ce contrat individuel ou adhérer à ce contrat de groupe à adhésion facultative vous devez être résident fiscal français. Vous devez être couvert par un régime obligatoire français d'assurance maladie et être à jour de vos cotisations ou avoir pu obtenir une attestation de droits avec le formulaire S1 dans le cadre de la coordination des systèmes de Sécurité sociale européens.

1.1 Contrat individuel

Votre contrat est un contrat individuel si vous êtes dans la situation suivante :

Vous et aucun ayant droit au contrat n'est un travailleur non salarié non agricole. Votre régime obligatoire et celui des autres assurés au contrat est soit :

- le régime général, géré par la CNAMTS ou un de ses délégataires, couvrant
 - les travailleurs salariés,
 - le régime local d'Alsace-Moselle,
 - les bénéficiaires de la Protection Universelle Maladie (PUMA) ;
- le régime maladie agricole, géré par la MSA, couvrant
 - les exploitants agricoles,
 - les salariés agricoles,
 - les salariés de certains organismes ou entreprises travaillant pour le secteur agricole ;
- un régime maladie spécial (Militaire, SNCF, etc.).

Votre contrat est alors composé :

- des présentes Conditions générales ou Notice d'information qui définissent le fonctionnement du contrat et les garanties possibles ;
- des Conditions personnelles qui précisent l'identité des personnes assurées, la formule, les garanties que vous avez choisies et leur niveau.

Votre contrat est alors souscrit avec AXA France Vie ou AXA Assurance Vie Mutuelle pour les garanties Frais de santé et, respectivement, avec AXA France IARD ou AXA Assurance IARD Mutuelle pour les garanties d'assistance. L'organisme assureur est précisé sur vos Conditions particulières.

1.2 Contrat de groupe à adhésion facultative

Votre contrat est un contrat de groupe à adhésion facultative si vous être dans la situation suivante :

Vous ou au moins un des assurés au contrat est un travailleur non salarié non agricole susceptible de bénéficier de la déduction fiscale des cotisations telle que définie dans la loi du 11 février 1994 dite loi Madelin. Votre régime obligatoire ou celui de cet assuré au contrat est alors :

- soit à la Sécurité sociale des Indépendants (SSI) ;
- soit au régime général.

Vous adhérez alors à un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par l'Association Nationale pour la Prévoyance, l'Épargne et la Retraite (ANPERE) qui vous représente auprès d'AXA France Vie ou d'AXA Assurance Vie Mutuelle pour les garanties Frais de santé et, respectivement, avec AXA France IARD ou AXA Assurance IARD Mutuelle pour les garanties d'assistance. Le contrat auquel vous adhérez est précisé dans votre Certificat d'adhésion.

Votre adhésion est alors composée :

- de la présente Notice d'information qui définit le fonctionnement du contrat et les garanties possibles ;
- du Certificat d'adhésion qui précise l'identité des personnes assurées, la formule, les garanties que vous avez choisies et leur niveau.

Le contrat souscrit par l'association ANPERE auquel vous adhérez est conforme aux dispositions des articles L141-1 et suivants du Code des assurances et est éligible à la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative individuelle (dite «Loi Madelin»), hors formules Ma Santé Hospi, Ma Santé Eco, Ma Santé 400 % et formules Tradi.

Il vous appartient de vérifier que vous pouvez bénéficier de la déductibilité prévue à l'article 154 bis du Code général des impôts, chaque année, en fonction de la réglementation en vigueur, y compris pour vos ayants droit affiliés au régime d'assurance maladie maternité des travailleurs non salariés non agricole.

1.3 Terminologie

Pour faciliter votre lecture de ce document, nous désignerons par « **Conditions personnelles** » aussi bien les **Conditions particulières** que le **Certificat d'adhésion**.

2. VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Le contrat garantit le remboursement d'une partie ou de la totalité des dépenses de soins médicaux, chirurgicaux et hospitaliers entrant dans la catégorie de ceux pris en charge par le régime obligatoire français d'assurance maladie au titre des risques maladie, maternité, accidents.

2.1 Que prenons-nous en charge ?

- Les garanties définies dans les présentes Conditions générales ou Notice d'informations s'appliquent uniquement quand elles sont décrites comme acquises dans vos Conditions personnelles ;
- nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français. Les seules exceptions à cette règle sont mentionnées explicitement dans vos Conditions personnelles.

Le règlement des prestations est effectué en France et en euro.

Les chapitres 2.6 à 2.12 concernent les soins en France. Les chapitres 2.14 et 2.15 concernent les soins à l'étranger.

2.2 Comment calculons-nous votre remboursement ?

Nous le calculons à partir des informations figurant sur le décompte de votre régime obligatoire d'assurance maladie, et des factures des professionnels de santé si besoin.

Nous le déterminons, acte par acte, en fonction des garanties que vous avez choisies, déduction faite des remboursements de votre régime obligatoire, de la participation forfaitaire, des franchises et des remboursements de tout autre régime complémentaire.

Conformément à la législation, la totalité des remboursements (régime obligatoire plus régimes complémentaires) ne peut en aucun cas dépasser les frais réellement engagés.

2.3 Comment obtenir votre remboursement ?

Pour obtenir votre remboursement vous devez nous faire parvenir l'original du décompte de votre régime obligatoire pour toute prestation ayant fait l'objet préalablement d'un remboursement par la Sécurité sociale française.

Si vous bénéficiez de la télétransmission, votre régime obligatoire le fait pour vous et nous transmet automatiquement les informations nécessaires. Vous en êtes informé par une note sur votre décompte.

Pour les garanties qui ne font pas l'objet d'un remboursement par votre régime obligatoire, vous devez nous adresser les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré.

Le cas échéant, vous devez nous faire parvenir le décompte de tout autre remboursement déjà effectué par un autre organisme pour la même prestation.

Pour les **cas particuliers** suivants vous devez nous adresser certaines pièces complémentaires indiquées ci-dessous :

- **pour obtenir le remboursement de lentilles de contacts**, vous devez nous adresser l'ordonnance de l'ophtalmologiste prescripteur en plus de la facture acquittée au nom de l'assuré ;
- **pour obtenir le remboursement d'implants dentaires**, vous devez nous adresser la facture acquittée au nom de l'assuré. Elle doit indiquer le numéro des dents soignées ;
- **pour les remboursements de lunettes** faisant l'objet d'une demande de remboursement par courrier (c'est-à-dire ne passant pas par un circuit de tiers payant), vous devez nous transmettre les factures et les ordonnances pour nous permettre de déterminer votre niveau de remboursement ;
- **dans les cas particuliers autorisant plus d'un remboursement de lunettes tous les 2 ans** (ou un an pour les personnes de moins de 16 ans), vous devez nous transmettre les factures et ordonnances nous permettant de vérifier la conformité de votre demande aux cas autorisés ;
- **pour tous les soins à l'étranger**, veuillez vous référer à la rubrique « Soins à l'étranger (hors options Suisse) » du Chapitre 2.

Dans le cadre de **nos contrôles de conformité** nous pouvons vous demander les factures originales, les décomptes originaux, les ordonnances originales des prestations, où à défaut une copie certifiée conforme lorsqu'ils ont été communiqués à votre régime obligatoire. Sur refus de fourniture de votre part, nous pouvons refuser le remboursement ou limiter le remboursement au ticket modérateur de la Sécurité sociale.

Dans le cadre de la **vérification des exclusions et des limitations**, nous pouvons vous demander des informations médicales, cette demande d'information étant limitée aux données nécessaires pour vérifier l'exclusion ou la limitation. Ces informations médicales doivent être transmises au Médecin conseil d'AXA selon la procédure définie dans le chapitre « Vos données de santé » de vos Conditions personnelles. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces informations, l'exclusion ou la limitation sera appliquée.

2.4 Exclusions communes à toutes les garanties du chapitre 2

Nous ne prenons pas en charge, quelle que soit la formule choisie :

- les soins antérieurs à la date d'effet du contrat ;
- les soins antérieurs de 2 ans à la date de leur présentation ;
- les frais pour lesquels vous n'avez pas fourni les justificatifs demandés (si le seul décompte de votre régime obligatoire ne suffit pas, vous devrez nous fournir des justificatifs complémentaires : facture, prescription, note d'honoraires) ;
- la participation forfaitaire et les franchises sur boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport sanitaire ;
- les pénalités appliquées par la Sécurité sociale pour non-respect du parcours de soins : majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels ;
- les frais d'hospitalisation en long séjour, c'est-à-dire les soins et les prestations réalisés dans le cadre d'un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien, ainsi que les soins et les prestations réalisés par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

À ces exclusions communes, s'ajoutent les exclusions particulières figurant au niveau de chaque garantie.

2.5 Limitations communes à toutes les garanties du chapitre 2

Les garanties décrites dans vos Conditions personnelles sont limitées comme décrit ici.

2.5.1 Chirurgie esthétique

La règle générale est que le régime obligatoire n'intervient pas en cas de chirurgie esthétique. Lorsque par exception il intervient, notre prise en charge est limitée au ticket modérateur en cas d'opération :

- du sein si elle n'est pas consécutive à un accident, à une pathologie dégénérative ou à une réduction mammaire importante ;
- du nez si elle n'est pas consécutive à un accident ou à une pathologie chronique documentée ;
- d'abdominoplastie si elle n'est pas consécutive à un accident ou à une perte de poids documentée ayant provoqué une baisse d'IMC de plus de 10 points ;
- de toute autre partie du corps, si l'opération n'est pas consécutive à un accident ou à une maladie.

Notre prise en charge est limitée au ticket modérateur si vous ne nous fournissez pas toutes les pièces permettant à notre médecin conseil d'évaluer ces opérations.

Cette limitation s'applique pour les actes en ville ou à l'hôpital.

Comme pour les autres prestations, nous ne prenons pas en charge la chirurgie esthétique non remboursée par votre régime obligatoire.

2.5.2 Psychiatrie

Nous prenons en charge la psychiatrie et la neuropsychiatrie aux taux indiqués dans vos Conditions personnelles jusqu'à la 6^e consultation par bénéficiaire et par année d'assurance. Au-delà nous ne prenons en charge que le ticket modérateur. Cette limitation s'applique pour les consultations, visites et actes en ville comme à l'hôpital.

2.6 Hospitalisation

Nous prenons en charge votre hospitalisation, à domicile ou dans un établissement public ou privé, pour un court séjour ou un moyen séjour.

Les consultations externes à l'hôpital ainsi que les consultations aux urgences sans admission ne sont pas prises en charge au titre de cette garantie mais au titre et aux conditions de la garantie Soins courants.

Notre prise en charge comprend les frais liés à l'hospitalisation.

2.6.1 Honoraires

Cette garantie couvre donc les honoraires des médecins, y compris chirurgiens, dans les établissements privés ou dans le cadre de l'activité libérale intra-hospitalière (article L6154-1 et suivants du Code de la santé publique) pour les hospitalisations ayant donné lieu à admission.

Selon la formule souscrite, nous pouvons distinguer les remboursements versés aux médecins ayant adhéré à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) des remboursements aux médecins n'ayant pas adhéré à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

Dans les établissements publics, en dehors de l'activité libérale intra-hospitalière, les honoraires des médecins sont pris en compte dans les frais de séjour.

2.6.2 Frais de séjour

Nous prenons en charge au titre de cette garantie le ticket modérateur pour le prix de journée (uniquement en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer) et pour les actes peu coûteux, ainsi que la participation forfaitaire pour les actes coûteux.

2.6.3 Forfait journalier hospitalier

Nous prenons en charge l'intégralité du forfait journalier hospitalier.

2.6.4 Chambre particulière et lit pour accompagnant

2.6.4.1 Chambre particulière

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

En l'absence de nuitée, nous prenons en charge la chambre particulière uniquement en cas d'admission.

L'établissement vous proposant une chambre particulière doit vous avoir préalablement communiqué ses prix et recueilli votre consentement exprès pour vous la facturer.

2.6.4.2 Lit pour accompagnant

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

La personne hospitalisée doit être assurée au contrat, la personne accompagnant peut ne pas l'être. La personne hospitalisée accompagnée peut être mineure ou majeure.

Ce forfait peut également être utilisé pour la prise en charge des frais des maisons d'accueil hospitalières définies dans l'article L6328-1 du Code de la santé publique, lorsque l'établissement hospitalier ne dispose pas de lit pour accompagnant.

2.6.5 Frais pré- et post-opératoires (Formules Hospi uniquement)

Les formules Hospi ne prenant pas en charge les soins courants, nous vous remboursons au titre de cette garantie les frais pré- et post-opératoires tels que les consultations d'anesthésiste ou les consultations de kinésithérapeutes lorsque ces frais sont en lien avec une intervention chirurgicale et effectués dans les 30 jours qui la précèdent ou qui la suivent.

2.6.6 Confort à l'hôpital

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge exclusivement les frais de télévision, de connexion internet ou de téléphone à l'hôpital.

En cas d'inclusion des frais de télévision, de connexion internet ou de téléphone dans la tarification de la chambre particulière, cette garantie peut en compléter le remboursement dans la limite des frais réellement engagés.

Vous devez dans tous les cas nous adresser les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré, que ces factures proviennent de l'établissement hospitalier ou d'un tiers prestataire.

L'établissement vous proposant une prestation de confort hospitalier doit vous avoir préalablement communiqué ses prix et recueilli votre consentement exprès pour vous la facturer.

2.6.7 Hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) est un dispositif mis en place par certains établissements hospitaliers vous permettant de recevoir à domicile des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés, dans les conditions prévues aux articles D6124-306 à D6124-312 du Code de la santé publique.

2.7 Soins courants

2.7.1 Honoraires médicaux

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge vos frais de consultations, de visites et les actes que le médecin aura pratiqués (actes cliniques et techniques, actes de spécialité : radiographie et imagerie médicale).

Selon la formule souscrite, nous pouvons distinguer les remboursements versés aux médecins ayant adhéré à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) des remboursements aux médecins n'ayant pas adhéré à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

2.7.2 Analyses et examens de laboratoire

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge les frais qui se rapportent à vos examens médicaux dans les laboratoires d'analyses médicales.

2.7.3 Honoraires paramédicaux

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge les visites et les actes des Auxiliaires Médicaux mentionnés aux articles L4311-1 à L4381-4 du Code de la Santé publique.

2.7.4 Médicaments

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge :

- les médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche), les médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue) et certaines préparations magistrales ;

- les médicaments à service médical faible (ex-vignette orange) **lorsqu'ils ne sont pas explicitement exclus de vos Conditions personnelles** ;
- si explicitement mentionnés et valorisés dans vos Conditions personnelles, les médicaments prescrits, non pris en charge par la Sécurité sociale, figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament.

Nous ne remboursons en aucun cas un médicament non prescrit.

2.7.5 Matériel médical

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge au titre de cette garantie les produits figurant sur la [Liste des Produits et Prestations Remboursables](#) (LPP) de la Sécurité sociale, à l'exception des lunettes et des prothèses auditives. Cette liste est consultable sur le site de l'Assurance maladie (Ameli.fr).

2.7.6 Médecine douce et prévention

2.7.6.1 Médecine douce

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge les prestations des ostéopathes, des chiropracteurs, des acupuncteurs, des pédicures-podologues et des psychothérapeutes aux conditions suivantes :

- les ostéopathes, chiropracteurs, et les pédicure-podologues doivent figurer aux répertoires nationaux [RPPS](#) ou [ADELI](#) ;
- les psychothérapeutes doivent figurer aux répertoires nationaux RPPS ou ADELI et au registre national des psychothérapeutes mentionné à l'article 52 de la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ;
- les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Pour ces professions de santé, nous prenons en charge au titre de cette prestation les actes qui ne donnent pas lieu à remboursement par votre régime obligatoire.

2.7.6.2 Prévention

Vous avez droit à un forfait prévention si cette garantie est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles. Le forfait est commun à l'ensemble des actes qui sont listés sous cette garantie.

Nous prenons en charge :

- le vaccin contre la grippe prescrit par ordonnance lorsque celui-ci n'est pas pris en charge par votre régime obligatoire. Les vaccins pris en charge par la Sécurité sociale et l'injection du vaccin sont pris en charge au titre et aux conditions de la garantie Soins courants ;
- tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) non remboursés par la Sécurité sociale ;
- les consultations de diététiciens diplômés d'Etat et figurant aux répertoires nationaux RPPS ou ADELI. A noter que les consultations des médecins nutritionnistes peuvent être prises en charge par votre régime obligatoire et sont alors remboursées au titre et aux conditions de la garantie Soins courants ;
- les compléments en Oméga 3 prescrits par un médecin dans un but de prévention ou de lutte contre la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) ;
- le dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin, même lorsqu'il n'est pas remboursé par la Sécurité sociale.

Pour les formules Ma Santé 400 %, nous prenons aussi en charge dans ce forfait les vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale.

2.7.7 Bilan Sanguin (Ma Santé Hospi Tradi uniquement)

Cette garantie couvre la prise de sang et l'analyse sanguine qui s'en suit, réalisées dans les conditions prévues à l'article L6211-7 et suivants du Code de la santé publique.

2.8 Transport sanitaire

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge le transport sanitaire pour l'hospitalisation et pour la médecine de ville si celui-ci est prescrit et remboursable aux conditions prévues et définies par la Sécurité sociale, que vous pouvez consulter sur le site de l'Assurance maladie (Ameli.fr).

2.9 Optique

A compter de 2020, la réglementation « 100 % santé » définit 2 classes de montures et de verres :

- une classe A plafonnée par des prix limites de vente définis par la réglementation ;
- une classe B à tarifs libres.

La définition des verres et montures de chaque classe est précisée dans la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPP) de la Sécurité sociale, disponible sur le site de l'Assurance maladie (Ameli.fr).

En aucun cas le remboursement total (y compris celui de la Sécurité sociale) pour un équipement optique ne peut dépasser les plafonds mentionnés à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale sauf pour la formule Ma Santé 400 %.

2.9.1 Équipements « 100 % santé »

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Cette garantie couvre les verres et les montures de classe A.

Notre remboursement combiné à celui de votre régime obligatoire couvre l'intégralité des prix limites de vente définis par la réglementation pour votre équipement de classe A.

Les verres de classe A bénéficient au minimum d'un amincissement, d'un traitement anti-reflet, d'un traitement anti-rayures et si nécessaire, d'une prestation d'appairage et/ou d'une prestation d'adaptation.

2.9.2 Lunettes à tarifs libres

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Cette garantie couvre les verres et les montures de classe B.

2.9.3 Lunettes (Verres et montures)

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Cette garantie couvre les verres et les montures de classe A ou de classe B.

2.9.4 Cas particuliers de remboursement : verres et montures de classes différentes

Les règles ci-après régissant ces cas sont applicables uniquement si la garantie « Équipements "100 % santé" » est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles en optique,

2.9.4.1 Cas de 2 verres de classe A et d'une monture de classe B

Dans ce cas, les verres de classe A sont remboursés à hauteur des prix limites de vente définis par la réglementation. La monture est remboursée aux conditions suivantes :

- si la garantie « Monture de classe B » est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles, la monture est remboursée à hauteur du forfait prévu ;
- si la garantie « Forfait lunettes » est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles, ce forfait est réduit à concurrence du montant remboursé pour les verres de classe A. La monture est remboursée à hauteur de ce forfait réduit et dans la limite du plafond de prise en charge de la monture mentionné à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

2.9.4.2 Cas de 2 verres de classe B et d'une monture de classe A

Dans ce cas, la monture de classe A est remboursée à hauteur des prix limites de vente définis par la réglementation. Les verres sont remboursés aux conditions suivantes :

- si la garantie « Verres de classe B » est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles, les verres sont remboursés à hauteur du forfait prévu dans votre Grille optique selon votre correction visuelle ;
- si la garantie « Forfait lunettes » est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles, ce forfait est réduit à concurrence du montant remboursé pour la monture de classe A. Les verres sont remboursés à hauteur de ce forfait réduit.

2.9.4.3 Cas d'un verre de classe A et d'un verre de classe B et d'une monture de classe A

Dans ce cas, la monture et le verre de classe A sont remboursés à hauteur des prix limites de vente définis par la réglementation. Le verre de classe B est remboursé aux conditions suivantes :

- si la garantie « Verres de classe B » est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles, le verre est remboursé à hauteur du forfait prévu dans votre Grille optique selon votre correction visuelle ;
- si la garantie « Forfait lunettes » est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles, ce forfait est réduit à concurrence du montant remboursé pour la monture et le verre de classe A. Le verre de classe B est remboursé à hauteur de ce forfait réduit.

2.9.4.4 Cas d'un verre de classe A et d'un verre de classe B et d'une monture de classe B

Dans ce cas, le verre de classe A est remboursé à hauteur des prix limites de vente définis par la réglementation. La monture et le verre de classe B sont remboursés aux conditions suivantes :

- si les garanties « Monture de classe B » et « Verres de classe B » sont mentionnées et valorisées dans vos Conditions personnelles, la monture est remboursée à hauteur du forfait prévu et le verre est remboursé à hauteur du forfait prévu dans votre Grille optique selon votre correction visuelle ;
- si la garantie « Forfait lunettes » est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles, ce forfait est réduit à concurrence du montant remboursé pour le verre de classe A. La monture et le verre de classe B sont remboursés à hauteur de ce forfait réduit.

2.9.5 Limitations au remboursement des lunettes

Les lunettes sont prises en charge dans les conditions décrites ci-dessous.

Votre remboursement peut être différencié en fonction de la correction des verres. Nous pouvons distinguer les verres simples, les verres complexes et les verres très complexes.

Si dans vos Conditions personnelles, il est mentionné que la prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans, veuillez trouver ci-après les conditions précises de cette limitation, conformément à la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPP) de la Sécurité sociale disponible sur le site de l'Assurance maladie (Ameli.fr) :

- pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'une paire de lunettes est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière prise en charge d'une paire de lunettes. Cette période de 2 ans peut être réduite à 1 an en cas d'évolution de la vue dans les conditions prévues par la réglementation. Dans ce cas vous devez nous fournir :
 - la prescription initiale et la prescription renouvelée de votre ophtalmologue,
 - ou la prescription initiale de votre ophtalmologue avec les mentions portées par l'opticien si celui-ci a procédé lui-même à l'adaptation lors du renouvellement (Article D4362-12-1 du Code de la santé publique) ;
- pour les enfants de moins de 16 ans, cette période minimale est d'un an ;
- pour les enfants jusqu'à 6 ans, cette période minimale est de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de facturation de la dernière paire de lunettes.

Lorsque l'assuré acquiert son équipement en 2 temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date de facturation du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de

renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation, aucun délai minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières précisées dans la LPP. Dans ce cas vous devez nous fournir les prescriptions correspondantes avec une demande de remboursement des 2 équipements.

Si vous présentez un déficit de vision de près et de loin et que vous ne souhaitez pas ou ne pouvez pas porter des verres progressifs ou multifocaux, nous prenons en charge 2 équipements sur une période de 2 ans, chaque équipement corrigeant un des 2 déficits mentionnés ci-dessus. Dans ce cas vous devez nous fournir les prescriptions correspondantes avec une demande de remboursement des 2 équipements.

2.9.6 Lentilles

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge les lentilles de contact dès lors qu'elles relèvent d'une prescription médicale même si votre régime obligatoire ne les prend pas en charge.

2.9.7 Chirurgie de l'œil

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge les frais qui se rapportent à la chirurgie réfractive de l'œil, même si votre régime obligatoire ne les prend pas en charge. Le forfait en euro peut être utilisé aussi bien pour l'intervention en bloc opératoire que pour les consultations afférentes si elles ne sont pas prises en charge au titre de la garantie Soins courants.

La pose d'un implant oculaire et les actes qui l'accompagnent ne sont pas pris en charge au titre de cette garantie.

2.10 Dentaire

En 2020 puis en 2021, la réglementation « 100 % santé » modifie la couverture de certains actes dentaires.

3 paniers d'actes sont définis par la Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie (arrêté du 20 août 2018) :

- le panier « 100 % santé » : actes intégralement pris en charge dans la limite des prix limites de vente ;
- le panier à tarifs limités : actes avec des prix limites de vente définis par la réglementation et un reste à charge maîtrisé ;
- le panier à tarifs libres.

En 2020, le panier « 100 % santé » comprend par exemple des couronnes et bridges métalliques, des couronnes et bridges céramo-métalliques ou des couronnes céramiques sur les dents les plus visibles, ou encore les inlays-cores. En 2021, ce panier est enrichi de certains équipements comme les appareils amovibles. Se référer à l'arrêté du 24 mai 2019 relatif aux soins prothétiques dentaires pour obtenir le détail des actes concernés.

Les couronnes sur implant de tous types n'appartiennent pas au panier « 100 % santé ». Se référer à la Convention pour la liste complète des actes concernés.

2.10.1 Soins

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

2.10.2 Prothèses

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge au titre de cette garantie les prothèses dentaires du panier à tarifs limités et du panier à tarifs libres.

En fonction de votre formule, nous pouvons prendre en charge les implants ou la parodontologie, même si votre régime obligatoire ne les prend pas en charge, si cela est indiqué dans vos Conditions personnelles.

Si votre formule ne comprend pas la garantie « Soins et prothèses “100 % santé” », les prothèses du panier « 100 % santé » sont alors couvertes au titre de cette garantie avec un reste à charge variable selon votre formule. Elles sont alors mentionnées dans vos Conditions personnelles comme « Prothèses à prise en charge renforcée ».

Les notions de **prothèses à prise en charge renforcée** et de **prothèses « 100 % santé »** sont équivalentes dans vos documents contractuels, ainsi que les notions de **prothèses à tarifs limités** et de **prothèses à tarifs maîtrisés**.

2.10.3 Soins et prothèses « 100 % santé »

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge au titre de cette garantie les soins et les prothèses dentaires du panier « 100 % santé ».

Notre remboursement combiné à celui de votre régime obligatoire couvre l'intégralité des prix limites de vente définis par la réglementation.

2.10.4 Orthodontie

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Notre prise en charge se fait par semestre de traitement.

En fonction de votre formule, nous pouvons prendre en charge l'orthodontie pour les bénéficiaires de plus de 16 ans même si elle n'est pas remboursée par la Sécurité sociale si cela est indiqué dans vos Conditions personnelles.

2.11 Aides auditives

A compter de 2021, la réglementation « 100 % santé » définit 2 classes d'appareils auditifs (arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives) :

- une classe I « 100 % santé » comprenant les aides auditives intégralement prises en charge dans la limite des prix limites de vente ;
- une classe II à tarifs libres.

Les aides auditives de classe II intègrent des options plus avancées que les aides auditives de classe I.

Dans tous les cas la prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans, conformément à la réglementation. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment, et court à compter de la date de facturation de l'appareil auditif.

La réglementation impose au fabricant une garantie minimale de 4 ans. Si vous souhaitez être couvert pour les cas de casse ou perte dans cette période de 4 ans, il convient de souscrire une assurance spécifique.

2.11.1 Équipements « 100 % santé »

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge au titre de cette garantie les aides auditives de classe I « 100 % santé », ainsi que la prestation initiale et les prestations de suivi telles que définies dans l'arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives.

2.11.2 Aides auditives à tarifs libres

Cette garantie est acquise si la garantie « Aides auditives » ou « Aides auditives à tarifs libres » est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge au titre de cette garantie les aides auditives de classe II, ainsi que la prestation initiale et les prestations de suivi telles que définies dans l'arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives.

Si votre formule ne comprend pas la garantie Équipements « 100 % santé » à la rubrique « Aides auditives », les aides auditives de classe I « 100 % santé » sont alors couvertes au titre de cette garantie avec un reste à charge variable selon votre formule.

En aucun cas le remboursement total (y compris celui de la Sécurité sociale) pour une aide auditive ne peut dépasser le plafond mentionné à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

2.11.3 Accessoires

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Cette garantie couvre certains accessoires, matériel d'entretien et piles pour appareils auditifs. Les accessoires visés sont listés dans la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPP) de la Sécurité sociale disponible sur le site de l'Assurance maladie (Ameli.fr), aux sections 4 à 7 du chapitre portant sur les aides auditives.

2.12 Cure thermale

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge :

- le forfait thermal ;
- le forfait de surveillance thermale.

Si un forfait en euro est mentionné dans vos Conditions personnelles au titre de la garantie « Cure thermale », nous prenons en charge les frais de séjour et de transport à hauteur de ce forfait même si votre régime obligatoire ne les prend pas en charge. Vous devez alors nous adresser les justificatifs relatifs à ces frais (originaux des factures et des titres de transport). Les soins de la cure thermale à laquelle se rapportent ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement de votre régime obligatoire.

2.13 Allocation de bienvenue

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles.

Pour bénéficier de cette garantie vous devez assurer votre enfant sur le contrat dans les 2 mois qui suivent sa naissance. Cette garantie est acquise en cas d'adoption. Vous devez assurer votre enfant sur le contrat dans les 2 mois qui suivent l'adoption (notification par le Tribunal de Grande Instance).

2.14 Soins à l'étranger (hors options Suisse)

Nous prenons en charge les soins à l'étranger lorsque qu'ils sont eux-mêmes pris en charge par la Sécurité sociale française sauf quand cela est spécifiquement marqué ci-après. Dans tous les cas, nous ne prenons en charge que les actes reconnus comme remboursables selon les règles et pratiques de la Sécurité sociale française.

Les garanties, lorsqu'elles sont exprimées en pourcentage, sont toujours prises en charge sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale française.

Attention, en dehors de l'Union européenne, le remboursement que nous vous versons et celui versé par la Sécurité sociale peuvent être très inférieurs aux coûts réellement engagés, y compris en cas d'urgence. Aussi nous vous recommandons, dès que vous quittez l'Union européenne, et même pour un court séjour, de vérifier les garanties santé de vos assurances voyages et de prendre une assurance santé spécifique si celles-ci ne sont pas suffisantes pour la destination considérée.

2.14.1 Documents à fournir, change applicable

Pour obtenir vos remboursements sur des soins à l'étranger, vous devez nous adresser le plus tôt possible les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré même si vous bénéficiez de la télétransmission.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et en euro.

Le taux de change applicable est le taux de change de la devise concernée au jour de la date de soin pour les autres pays.

2.14.2 Hospitalisation

Les hospitalisations inopinées à l'étranger, y compris en ambulatoire, sont prises en charge au taux « honoraires médicaux des médecins non DPTAM » de la **rubrique Soins courants** de votre tableau de garanties. Cela peut couvrir totalement ou partiellement les frais de séjour, les honoraires paramédicaux et médicaux, la pharmacie hospitalière, le petit matériel, la chambre particulière, le lit d'accompagnement, le transport d'urgence pour aller à l'hôpital.

Pour les autres hospitalisations à l'étranger remboursées par la Sécurité sociale française nous prenons en charge le ticket modérateur s'il y a lieu.

Par dérogation, les soins prodigués dans le cadre des conventions de Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers sont pris en charge aux taux et aux conditions du contrat.

2.14.3 Soins courants

Dans les pays de l'Union européenne, nous prenons en charge :

- les honoraires médicaux, les analyses et examens de laboratoire, les honoraires paramédicaux, les médicaments et le matériel médical au taux du contrat sur la base de remboursement fournie par la Sécurité sociale française, si ces garanties sont acquises dans vos Conditions personnelles ;
- les médicaments prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale française (mais autorisés selon la législation française) s'il y a un forfait prévu dans vos Conditions personnelles et dans la limite de ce forfait ;
- les spécialités de médecine douce indiquées dans vos Conditions personnelles et non remboursées par la Sécurité sociale française s'il y a un forfait prévu dans vos conditions personnelles et dans les limites de ce forfait ;
- les actes de préventions indiqués dans vos Conditions personnelles non remboursés par la Sécurité sociale française s'il y a un forfait prévu dans vos Conditions personnelles et dans les limites de ce forfait.

En dehors de l'Union européenne, nous prenons en charge les honoraires médicaux, les analyses et examens de laboratoire, les honoraires paramédicaux, les médicaments et le matériel médical :

- au taux du contrat s'il s'agit de soins inopinés ;
- au ticket modérateur uniquement pour les autres cas.

2.14.4 Transport sanitaire

Nous ne prenons pas en charge les transports sanitaires à l'étranger en dehors du transport d'urgence à l'hôpital, tel que décrit au titre « Hospitalisation » ci-dessus.

2.14.5 Optique

Les limitations liées aux durées de renouvellement des lunettes mentionnées dans la rubrique Optique du Chapitre 2 sont également appliquées pour les lunettes achetées à l'étranger.

Dans l'Union européenne, nous prenons en charge :

- les lunettes aux conditions des lunettes à tarifs libres et aux conditions « Hors réseau Itelis » si cette distinction est indiquée dans vos Conditions personnelles ;
- les lentilles prescrites, même non remboursées par la Sécurité sociale française, s'il y a un forfait prévu dans vos Conditions personnelles et dans les limites de ce forfait ;
- la chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale française s'il y a un forfait prévu dans vos Conditions personnelles et dans les limites de ce forfait.

En dehors de l'Union européenne, nous prenons en charge le ticket modérateur s'il y a lieu.

Les achats sur Internet sont considérés selon le pays du vendeur.

2.14.6 Dentaire

Dans l'Union européenne, nous prenons en charge :

- les consultations, soins courants (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie au taux du contrat sur la base de remboursement fournie par la Sécurité sociale française, si ces garanties sont acquises dans vos Conditions personnelles ;

- les prothèses dentaires, inlays-onlays d'obturation et la parodontologie aux conditions du contrat sur la base de remboursement fournie par la Sécurité sociale française, si ces garanties sont acquises dans vos Conditions personnelles. En aucun cas le remboursement des prothèses dentaires à l'étranger n'est effectué au titre et aux conditions de la garantie Soins et prothèses « 100 % santé » ;
- **au bout de 2 années révolues d'ancienneté au contrat**, les implants conformes à la réglementation française, s'il y a un forfait prévu dans vos Conditions personnelles et dans la limite et aux conditions de ce forfait même lorsqu'ils ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale ;
- l'orthodontie conforme à la réglementation française aux conditions du contrat s'il y a un forfait prévu dans vos Conditions personnelles et dans les limites de ce forfait.

En dehors de l'Union européenne, nous prenons en charge le ticket modérateur s'il y a lieu.

2.14.7 Aides auditives

Les limitations liées aux durées de renouvellement des aides auditives mentionnées dans la rubrique « Aides auditives » du chapitre 2 sont également appliquées pour les aides auditives achetées à l'étranger.

Dans l'Union européenne, nous prenons en charge, si une garantie d'aides auditives est acquise dans vos Conditions personnelles :

- les aides auditives conformes à la réglementation française, aux conditions des aides auditives à tarifs libres ;
- les accessoires, matériel d'entretien et piles pour appareils auditifs au titre et aux conditions de la garantie Accessoires dans les Aides auditives de votre contrat.

Les achats sur Internet sont considérés selon le pays du vendeur.

En dehors de l'Union européenne, nous prenons en charge le ticket modérateur s'il y a lieu.

2.14.8 Cure thermale

Nous ne prenons pas en charge les cures thermales à l'étranger.

2.15 Options Suisse

Les options Suisse s'adressent à des résidents français relevant d'un régime d'assurance maladie obligatoire français souhaitant se faire soigner régulièrement en Suisse. Elles permettent de percevoir des remboursements adaptés en fonction de la prise en charge ou non de ces soins par la Sécurité sociale française.

Les options Suisse ne peuvent être souscrites que par les personnes ayant leur résidence principale dans les départements Français suivants : Ain (01), Doubs (25), Jura (39), Haut-Rhin (68), Haute-Savoie (74), Territoire de Belfort (90).

Les options Suisse ne peuvent être souscrites que pour des bénéficiaires de 60 ans ou moins, l'âge étant considéré par rapport à l'année civile.

Les options Suisse sont soumises à un Questionnaire Médical. Nous pouvons vous demander des renseignements complémentaires à la suite de l'analyse de vos réponses au Questionnaire Médical.

2.15.1 Documents à fournir, change applicable

Pour obtenir vos remboursements sur des soins en Suisse, vous devez nous adresser le plus tôt possible les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré même si vous bénéficiez de la télétransmission.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et en euro.

Le taux de change applicable est le taux de change moyen du franc suisse dans le mois civil qui précède la date des soins en Suisse.

2.15.2 Option Hospitalisation en Suisse

Cette garantie est acquise si la mention « HospiSuisse » est portée dans vos Conditions personnelles.

Cette garantie n'est plus disponible à la souscription indépendamment de l'option Soins en Suisse à compter du 9 septembre 2019. Cette garantie s'applique aux hospitalisations en Suisse en remplacement de la garantie hospitalisation standard. Elle s'applique aux hospitalisations incluant un séjour d'au moins une nuit. Elle ne s'applique que dans les établissements hospitaliers inscrits sur les listes hospitalières cantonales.

En cas d'hospitalisation dans un Hôpital Cantonal ou dans un établissement tarifant ses prestations selon les règles de la SwissDRG, nous prenons en charge, à hauteur de 100% du tarif SwissDRG en division commune vos frais d'hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale.

En cas d'hospitalisation dans un établissement de santé ne tarifant pas ses prestations selon les règles de la SwissDRG, nous prenons en charge vos frais d'hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale à hauteur d'un forfait indiqué dans vos Conditions personnelles.

Les hospitalisations ambulatoires ne sont pas prises en charge au titre de cette option.

Nous prenons en charge les frais pré- et post-opératoires liés à une opération elle-même prise en charge.

Notre remboursement est établi comme suit pour les hospitalisations :

- en complément de la Sécurité sociale française si celle-ci intervient (en particulier sur toutes les hospitalisations d'urgence), sur réception du décompte de votre régime obligatoire ou sur présentation de la facture originale de l'hôpital indiquant votre reste à charge ;
- au 1^{er} euro sur présentation du refus de prise en charge de la Sécurité sociale française si celle-ci a estimé qu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité peut être obtenu en temps opportun en France (la prestation doit toutefois être remboursable au regard de la réglementation française).

Le remboursement des frais pré- et post-opératoires est établi en complément de la Sécurité sociale française ou au 1^{er} comme l'hospitalisation à laquelle ils se rapportent. Les frais pré-opératoires sont remboursés après l'hospitalisation sauf en cas d'accord préalable de prise en charge de l'hospitalisation par tiers payant.

Nous prenons en charge les frais de transport d'urgence liés à votre hospitalisation. Nous vous remboursons à concurrence d'un plafond indiqué dans vos Conditions personnelles.

Nous prenons en charge les frais de lit d'accompagnement à hauteur d'un forfait indiqué dans vos Conditions personnelles.

Limites applicables à l'option Hospitalisation en Suisse

Le total annuel par personne de nos remboursements au titre de cette option ne peut dépasser la limite indiquée dans vos Conditions personnelles. Une fois cette limite atteinte, les soins remboursés par la Sécurité sociale française sont pris en charge à hauteur du ticket modérateur s'il y a lieu.

Les garanties de l'option Hospitalisation en Suisse sont acquises :

- sans délai d'attente en cas d'accident ou en cas de reprise de contrat à la concurrence. Dans ce dernier cas, les conditions de votre ancien contrat sont appliquées sans pouvoir dépasser les limites indiquées dans vos Conditions personnelles ;
- après un délai d'attente de 3 mois à compter de la date d'effet du contrat sinon. Toutefois ce délai d'attente ne s'applique pas pour l'enfant nouveau-né s'il est inscrit au contrat dans les 2 mois suivant sa naissance et si l'un des parents est assuré depuis plus de 3 mois ;
- après un délai d'attente de 12 mois pour les hospitalisations de psychiatrie.

2.15.3 Option Hospitalisation en Suisse et Soins en Suisse

Cette garantie est acquise si la mention « HospiSuisse+SoinSuisse » est portée dans vos Conditions personnelles.

Cette garantie inclut :

- l'option Hospitalisation en Suisse telle que décrite ci-avant ;
- la prise en charge de soins de médecine et de pharmacie en Suisse dès lors qu'ils sont reconnus comme remboursables selon les règles et pratiques de la Sécurité sociale française ;

- la prise en charge de frais dentaires, optiques et appareillages en Suisse dès lors qu'ils sont reconnus comme remboursables selon les règles et pratiques de la Sécurité sociale française.

2.15.3.1 Médecine en Suisse et Médicaments en Suisse

Nous prenons en charge les prestations suivantes qu'elles soient réalisées en cabinet ou en hospitalisation ambulatoire, dès lors qu'elles sont reconnues comme remboursables selon les règles et pratiques de la Sécurité sociale française :

- vos frais de consultations, de visites et d'actes de médecins (si conforme au Code de déontologie médical français) ;
- vos frais d'auxiliaires médicaux prescrits par un médecin ;
- vos dépenses relatives aux examens médicaux dans les laboratoires médicaux et les cabinets de radiologie prescrits par un médecin ;
- vos dépenses de médicaments et vaccins (si remboursables en France), prescrits par un médecin.

Notre remboursement pour ces prestations est alors établi comme suit sur la base des tarifs de convention de la LAMal :

- en complément de la Sécurité sociale française si elle intervient, sur réception du décompte de la Sécurité sociale et sur présentation d'une copie de la facture détaillant votre reste à charge ;
- au 1^{er} euro si la Sécurité sociale française n'intervient pas, sur présentation de l'**original** de la facture détaillée.

Vous devez nous fournir aussi la prescription du médecin en cas de demande de remboursement de médicaments, vaccins, prestations d'auxiliaires médicaux et examens médicaux.

2.15.3.2 Appareillage en Suisse

Nous prenons en charge les appareils prescrits et inscrits sur la Liste des Moyens et Appareils (LiMA) **à l'exclusion des aides acoustiques et des aides visuelles** et dans les limites des plafonds indiqués dans vos Conditions personnelles. Les limitations indiquées dans la LiMA sont appliquées (par exemple : fréquence de remboursement, type d'affection, etc.). Pour les prothèses mammaires nous appliquons aussi les exclusions et les limitations définies pour la chirurgie esthétique.

Notre remboursement pour ces prestations est alors établi comme suit sur la base des tarifs de convention de la LAMal :

- en complément de la Sécurité sociale française si elle intervient, sur réception du décompte de la Sécurité sociale et sur présentation d'une copie de la facture détaillant votre reste à charge ;
- au 1^{er} euro si la Sécurité sociale française n'intervient pas, sur présentation de l'**original** de la facture détaillée et acquittée et au nom de l'assuré.

Vous devez nous fournir aussi la prescription du médecin ou du praticien autorisé en cas de demande de remboursement d'appareillage.

2.15.3.3 Optique, dentaire et audition en Suisse

Nous prenons en charge les mêmes prestations qu'en France et selon les lignes du tableau de la formule Ma Santé hors option Suisse inclus dans vos Conditions personnelles, hormis pour les garanties dites « 100 % santé ».

Notre remboursement pour ces prestations est alors établi comme suit sur les bases de remboursement de la Sécurité sociale française :

- en complément de la Sécurité sociale française si elle intervient, sur réception du décompte de la Sécurité sociale et sur présentation d'une copie de la facture détaillant votre reste à charge ;
- au 1^{er} euro si la Sécurité sociale française n'intervient pas, sur présentation de l'**original** de la facture détaillée.

Vous devez nous fournir la prescription du médecin en cas de demande de remboursement de lunettes, de lentilles de contacts ou d'appareil auditif.

Les montants en euro des garanties Optique-Dentaire sont communs aux prestations réalisées en France et aux prestations réalisées en Suisse. Une prestation réalisée en Suisse se fait donc au détriment d'une éventuelle prestation réalisée en France.

2.15.3.4 Limites applicables à l'option Hospitalisation en Suisse et Soins en Suisse

Les garanties d'hospitalisation sont acquises :

- sans délai d'attente en cas d'accident ou en cas de reprise de contrat à la concurrence. Dans ce dernier cas, les conditions de votre ancien contrat sont appliquées sans pouvoir dépasser les limites indiquées dans vos Conditions personnelles ;
- après un délai d'attente de 3 mois à compter de la date d'effet du contrat sinon. Toutefois ce délai d'attente ne s'applique pas pour l'enfant nouveau-né s'il est inscrit au contrat dans les 2 mois suivant sa naissance et si l'un des parents est assuré depuis plus de 3 mois ;
- après un délai d'attente de douze mois pour les hospitalisations de psychiatrie.

Le total annuel par personne de nos remboursements au titre de la garantie hospitalisation et soins en Suisse ne peut dépasser la limite hospitalière indiquée dans vos Conditions personnelles.

Le total annuel par personne de nos remboursements au titre des garanties en Suisse, des Médicaments, des Appareillages en Suisse et de l'Optique, du Dentaire et de l'Audition en Suisse ne peut dépasser la limite soins indiquée dans vos Conditions personnelles.

Une fois ces limites atteintes, les soins remboursés par la Sécurité sociale française sont pris en charge à hauteur du ticket modérateur s'il y a lieu.

Les limites hospitalière et soins sont indépendantes : l'atteinte de la limite hospitalière ne peut être compensée par la non-atteinte de la limite soins et vice-versa.

2.15.4 Exclusions communes aux options Suisse

En complément des exclusions et des limitations communes citées aux rubriques « Exclusions communes à toutes les garanties du chapitre 2 » et « Limitations communes à toutes les garanties du chapitre 2 », nous ne prenons pas en charge pour les options Suisse :

- les prestations qui ne sont pas remboursables au regard de la réglementation française ;
- la chirurgie maxillo-faciale, si elle n'est pas consécutive à un accident ou à une pathologie chronique documentée ;
- les frais médicaux consécutifs :
 - à une faute intentionnelle d'un assuré,
 - à l'usage de drogue ou de stupéfiant ou d'alcool,
 - à l'alcoolisme ou état d'ivresse,
 - à la participation de l'assuré aux sports suivants : sports de combat en compétition, sports aéronautiques de toute nature, rallye et compétition avec tout moyen de locomotion motorisé,
 - à une guerre civile ou étrangère,
 - à la participation de l'assuré à des émeutes ou mouvement populaire,
 - à une désintégration ou la fusion du noyau atomique ;
- les séjours :
 - en centres spécialisés (repos, convalescence),
 - en établissement de réadaptation ou rééducation professionnelle,
 - en établissement de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies,
 - en maisons d'enfants à caractère sanitaire,
 - en institut médico-pédagogiques et médico-psychopédagogiques.

3. VOS GARANTIES D'ASSISTANCE

Les prestations des garanties décrites dans ce chapitre sont réalisées par AXA Assistance. Le numéro de téléphone à appeler est indiqué dans vos Conditions personnelles.

Territorialité : les garanties d'assistance de ce chapitre s'exercent en France sauf stipulation explicite contraire.

3.1 Aide-ménagère

À la suite d'une hospitalisation, nous prenons en charge les services d'une aide-ménagère sélectionnée par AXA Assistance, qui accomplira les tâches quotidiennes que vous ne pouvez pas effectuer du fait de votre état physique.

Cette garantie est limitée à 40 heures par assuré et par année d'assurance, avec un minimum de 2 heures consécutives par jour. Elle peut être utilisée :

- pour une hospitalisation de plus de 24 heures ;
- pour une hospitalisation de moins de 24 heures incluant une opération chirurgicale de la hanche, du bras, de la jambe, du pied ou de la main entraînant une invalidité temporaire ;
- en cas de traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie.

Pour les hospitalisations, cette garantie est limitée à une seule intervention par assuré et par année d'assurance effectuée dans les 30 jours suivant la sortie d'hospitalisation.

Pour les séances de chimiothérapie ou de radiothérapie, 2 heures vous sont accordées pour chaque séance.

Seules les équipes d'AXA Assistance sont habilitées à fixer la durée de présence de l'aide-ménagère. Le médecin d'AXA Assistance évalue la situation médicale et personnelle de l'assuré pour déterminer son besoin.

Pour bénéficier de ces prestations, vous devez :

- contacter AXA Assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles ;
- obtenir l'accord d'AXA Assistance avant d'engager toute dépense ;
- **formuler votre demande au plus tard dans les 15 jours qui suivent votre retour de l'hôpital.**

3.2 Garde-malade

Dès le retour à votre domicile et pendant les 30 jours qui suivent, nous recherchons et prenons en charge les services d'une garde-malade si votre état le justifie.

Cette garantie vous est acquise dans la limite de 40 heures, avec un minimum de 4 heures consécutives par jour. Elle est limitée aux hospitalisations de plus de 24 heures et à une seule intervention par assuré et par année d'assurance.

Seules les équipes d'AXA Assistance sont habilitées à fixer la durée de présence du garde-malade. Le médecin d'AXA Assistance évalue la situation médicale et personnelle de l'assuré pour déterminer son besoin.

Pour bénéficier de ces prestations, vous devez :

- contacter AXA Assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles ;
- obtenir l'accord d'AXA Assistance avant d'engager toute dépense ;
- **formuler votre demande au plus tard dans les 15 jours qui suivent votre retour de l'hôpital.**

3.3 Garde-enfants

Si vous êtes hospitalisé et que personne ne peut assurer la garde de vos enfants, nous organisons et prenons en charge (sans pouvoir les cumuler) :

- soit l'acheminement d'une personne de confiance au domicile de l'assuré ;
- soit l'acheminement des enfants au domicile d'une personne de confiance ;
- soit la garde des enfants par du personnel qualifié au domicile de l'assuré, pendant 40 heures maximum dans les 5 jours suivant le début d'hospitalisation avec un minimum de 2 heures consécutives.

En cas de garde des enfants, la personne assurera également leur accompagnement à l'école en fonction de l'âge des enfants. En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation.

En cas d'acheminement d'une personne de confiance ou des enfants, nous prenons en charge le ou les titres de transport aller - retour en avion de ligne classe économique ou en train 1^{re} classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez une personne de confiance par le personnel qualifié.

AXA Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des événements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

Cette garantie est limitée aux hospitalisations de plus de 24 heures et à une seule intervention par année d'assurance. L'hospitalisation doit être prise en charge par ce contrat au titre des garanties frais de santé. Au-delà d'une intervention par an, AXA Assistance peut vous communiquer les coordonnées de personnel qualifié, le coût de la prestation restant alors à la charge de l'assuré et directement payable auprès du prestataire choisi.

Pour bénéficier de cette prestation vous devez :

- contacter AXA Assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles,
- obtenir l'accord d'AXA Assistance avant d'engager toute dépense.

3.4 Garde et transferts des animaux domestiques

Si vous êtes hospitalisé et que vos animaux domestiques (chiens et chats) ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, nous organisons et prenons en charge dans un rayon de 50 km du domicile de l'assuré (sans pouvoir les cumuler) :

- soit le transfert et la garde des animaux domestiques (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du domicile. Les frais de pension sont pris en charge à concurrence de 250 euros par événement et pour l'ensemble des animaux domestiques ;
- soit le transfert des animaux domestiques (maximum 2) au domicile d'une personne de confiance.

Cette garantie est limitée aux hospitalisations de plus de 24 heures et à une seule intervention par année d'assurance. L'hospitalisation doit être prise en charge par ce contrat au titre des garanties frais de santé.

Pour bénéficier de cette prestation vous devez :

- contacter AXA Assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles ;
- obtenir l'accord d'AXA Assistance avant d'engager toute dépense.

3.5 Soutien scolaire

Cette garantie s'applique aux enfants assurés au contrat.

Lorsque l'état de santé de votre enfant nécessite, sur prescription médicale, une immobilisation au domicile ou une hospitalisation qui entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, nous recherchons et prenons en charge un ou plusieurs répétiteurs. Ceux-ci dispensent à l'enfant des cours, en France métropolitaine, à votre domicile ou à l'hôpital dans les matières principales, dans la limite de 15 heures par semaine, hors jours fériés et vacances scolaires. La garantie est accordée jusqu'en classe de terminale, au maximum pour 12 semaines par année scolaire et par enfant.

Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Assistance sont prises en charge au titre de votre contrat.

Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :

- contacter AXA Assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles ;
- obtenir l'accord d'AXA Assistance avant d'engager toute dépense.

3.6 Garde de personne dépendante

Cette garantie est acquise s'il en est fait mention à la rubrique « Assistance » de vos Conditions personnelles.

Vous êtes aidant d'une personne en état de dépendance totale. Si vous êtes hospitalisé plus de 24h, que vous ne

pouvez en conséquence tenir votre rôle habituel auprès de la personne dépendante que vous avez en charge, nous organisons et prenons en charge,

- soit l'acheminement d'un proche à votre domicile ;
- soit l'acheminement de la personne dépendante au domicile d'un proche ;
- soit la garde de la personne dépendante par du personnel qualifié à votre domicile, dans la limite de 20 heures maximum avec un minimum de 2 heures consécutives par jour. Au-delà de ce plafond de garanties, AXA Assistance peut vous communiquer les coordonnées de personnes qualifiées. **Le coût de la prestation restant alors à votre charge et étant directement payable auprès du prestataire choisi.**

Dans tous les cas notre prise en charge ne peut dépasser en valeur la somme de cinq cents euros TTC (500 euros) par utilisation du service.

Nous prenons en charge le ou les titres de transport aller - retour en avion classe économique ou en train 1^{re} classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des personnes dépendantes au domicile d'un proche par du personnel qualifié.

Le choix final des moyens de transport utilisés relève exclusivement de la décision d'AXA Assistance.

En cas d'utilisation du service, le Médecin Conseil d'AXA Assistance peut mettre en œuvre un contrôle médical afin de constater la réalité de l'état de dépendance totale de l'assuré.

Pour bénéficiaire de cette prestation, vous devez :

- contacter AXA Assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles avant d'engager toute dépense ;
- si la personne dépendante a plus de 60 ans, faire parvenir à AXA Assistance la photocopie du document attestant de la perception de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) par son parent ou conjoint et sur lequel doit figurer la classification GIR ;
- si la personne dépendante a moins de 60 ans, faire parvenir à AXA Assistance la photocopie du document attestant
 - qu'elle est classée par la Sécurité sociale en invalidité de 3^e catégorie,
 - ou qu'elle est bénéficiaire, au titre de la législation sur les accidents du travail, d'une majoration pour tierce personne,
 - ou qu'elle est bénéficiaire de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) compte tenu d'un taux d'incapacité permanente de 100 % ;
- si la personne dépendante est votre père, mère, fils ou fille, faire parvenir à AXA Assistance un extrait d'acte de naissance permettant de justifier votre lien de filiation ;
- si la personne dépendante est votre conjoint, faire parvenir à AXA Assistance un certificat de mariage, de Pacs ou de concubinage permettant de justifier votre lien.

3.7 Orientation hospitalière

Cette garantie est acquise s'il en est fait mention à la rubrique « Assistance » de vos Conditions personnelles.

En fonction du lieu de votre domicile, du type de pathologie et de critères de qualité officiels des établissements publics ou privés, les professionnels de santé d'AXA Assistance vous communiquent une liste comportant au moins 3 établissements correspondants à vos besoins (Établissement en France uniquement).

Pour bénéficiaire de cette prestation vous devez :

- contacter AXA Assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles.

3.8 Conseil à l'aménagement d'habitat

Cette garantie est acquise s'il en est fait mention à la rubrique « Assistance » de vos Conditions personnelles.

En cas de perte définitive d'une partie de votre mobilité nous mettons à votre disposition un service de conseil téléphonique sur l'aménagement de l'habitat et nous pouvons vous orienter vers des professionnels pour intervention à votre domicile.

Les frais de déplacement et interventions des professionnels restent à votre charge.

Pour bénéficier de cette prestation vous devez :

- contacter AXA Assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles.

3.9 Recherche de prestataires

Cette garantie est acquise s'il en est fait mention à la rubrique « Assistance » de vos Conditions personnelles.

Livraison de courses ou de médicaments et soins de pédicures ou de kinésithérapie

En sortie d'hospitalisation, nous vous mettons en relation :

- avec des prestataires assurant la livraison de courses à votre domicile, le portage de médicaments (sous réserve des disponibilités locales) ;
- avec des pédicures-podologues et des kinésithérapeutes.

Les frais de déplacements et honoraires de personnel restent à votre charge.

Ces prestations sont limitées aux hospitalisations de plus de 24 heures et à une seule intervention par assuré et par année d'assurance.

Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :

- contacter AXA Assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles ;
- formuler votre demande au plus tard dans les 8 jours qui suivent votre retour de l'hôpital.

Aide à la recherche de personnel de remplacement

Vous êtes un travailleur non salarié, en cas de maladie ou d'hospitalisation ne vous permettant pas d'assurer la continuité de votre activité professionnelle, nous vous aidons dans la recherche de personnel de remplacement.

Le coût résultant de la mise en œuvre de ce service reste à votre charge.

Pour bénéficier de cette prestation vous devez :

- contacter AXA Assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles.

3.10 Rapatriement sanitaire – Retour des proches

Ces garanties sont acquises s'il est fait mention de « rapatriement » à la rubrique « Assistance » de vos Conditions personnelles.

Elles sont acquises à plus de 30 km du domicile principal de l'assuré et pour le monde entier.

Ces garanties ne sont pas acquises pour les séjours et voyages supérieurs à 90 (quatre-vingt-dix) jours consécutifs hors France métropolitaine et Monaco.

3.10.1 Rapatriement sanitaire

Cette prestation d'assistance est destinée aux personnes assurées au contrat.

En cas de maladie imprévisible ou d'accident corporel survenant à un assuré du contrat, l'équipe médicale se met, le cas échéant, en rapport avec le médecin traitant sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état du malade ou du blessé.

Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est à la charge des autorités locales. Les frais correspondants ne sont pas remboursés par AXA Assistance.

Si l'équipe médicale décide du transport de l'assuré vers une autre structure médicale mieux équipée ou plus spécialisée ou vers la structure médicale la plus proche du domicile en France métropolitaine, AXA Assistance organise et prend en charge l'évacuation si l'état médical de l'assuré le permet et selon la gravité du cas, par :

- train 1^{re} classe, couchette ou wagon-lit ;
- véhicule sanitaire léger ;

- ambulance ;
- avion de ligne régulière, classe économique ;
- avion sanitaire.

Si le contexte médical l'impose, après rapatriement, AXA Assistance organise et prend en charge le transport médicalisé de l'assuré en état de quitter la structure médicale se trouvant en dehors de son secteur hospitalier jusqu'à son domicile en France métropolitaine, et ce par les moyens les plus appropriés selon la décision de l'équipe médicale.

La décision du transport et des moyens à mettre en œuvre est prise par les médecins de l'équipe médicale en fonction des seuls impératifs techniques et médicaux. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable de l'intéressé ou d'un membre de sa famille, exception faite des états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Tout refus de la solution proposée par l'équipe médicale en collaboration avec les différents médecins concertés entraîne l'annulation de cette prestation.

En cas de rapatriement ou de transport, AXA Assistance peut demander à l'assuré d'utiliser son titre de transport si ce dernier peut être modifié. Dans le cas contraire, et lorsque AXA Assistance a pris en charge le retour, l'assuré doit impérativement lui remettre le remboursement du titre de transport non utilisé qu'il devra obtenir dans un délai de 2 mois.

Néanmoins, le bénéficiaire peut demander à AXA Assistance d'organiser le rapatriement et les frais engagés sont alors supportés par lui.

Seule l'équipe médicale peut accepter ou non le rapatriement.

Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :

- faire le nécessaire avant votre départ à l'étranger pour vous munir de la Carte Européenne d'Assurance Maladie ou de tout autre formulaire offrant des garanties similaires. Ces documents sont délivrés par les caisses d'assurance maladie des bénéficiaires ;
- contacter AXA Assistance dont le n° de téléphone est indiqué dans vos Conditions personnelles et obtenir l'accord de l'équipe médicale avant d'engager toute dépense.

3.10.2 Retour des proches

Lorsqu'une personne assurée au contrat est prise en charge par AXA Assistance, dans les conditions définies à la rubrique Rapatriement sanitaire, AXA Assistance organise et prend en charge le retour par train 1^{re} classe ou avion classe économique d'un ou plusieurs proches accompagnant le rapatrié, même si ces derniers ne sont pas assurés au contrat. Si besoin, AXA assistance organise et prend en charge le retour des animaux domestiques (chiens et chats) accompagnant le rapatrié.

En cas de rapatriement ou de transport, AXA Assistance peut demander aux bénéficiaires de cette prestation d'utiliser leur titre de transport si ce dernier peut être modifié. Dans le cas contraire, et lorsqu'AXA Assistance a pris en charge le retour, ces bénéficiaires doivent impérativement lui remettre le remboursement du titre de transport non utilisé qu'ils devront obtenir dans un délai de 2 mois.

Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :

- demander le retour des proches à l'occasion des appels à AXA Assistance passés pour organiser le rapatriement sanitaire de la personne assurée au contrat.

3.10.3 Exclusions aux garanties Rapatriement sanitaire et Retour des proches

Ne sont pas pris en charge dans cette prestation :

- les frais de restauration ;
- les frais de carburant, péage, traversée en bateau ;
- les frais de taxis sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable d'AXA Assistance ;
- les frais de transport, d'hébergements initialement prévus pour le séjour ;
- le coût des communications téléphoniques, exceptées celles réalisées dans le cadre de la mise en place des garanties d'assistance de ce contrat ;
- les frais de douane sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable du service assistance ;
- les frais relatifs à la perte ou au vol de titres de transport, papiers d'identité, papiers divers et bagages ;
- les dommages provoqués intentionnellement par les assurés ;
- les accidents liés à la participation à des compétitions sportives et à leurs essais ;
- les frais de recherche en mer et en montagne ;
- tout autre frais non prévu au titre des garanties accordées.

Ne donnent pas lieu à l'intervention d'AXA Assistance :

- les affections bénignes traitables sur place ;
- toutes interventions et/ ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages, à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier ;
- les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les six (6) mois avant la date de demande d'assistance ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique ;
- les frais médicaux, les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation ;
- les contrôles et/ou traitements d'une affection qui ont été programmés avant le départ du domicile sur le lieu du séjour ;
- les examens au titre d'un dépistage (prévention, check-up, amniocentèses) ;
- les interruptions volontaires de grossesse ;
- les affections psychiatriques, les syndromes dépressifs et leurs conséquences.

De plus, ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA Assistance, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit toutes conséquences :

- de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur) ;
- de l'usage ou de l'absorption de médicaments, de drogue ou de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- d'un acte intentionnel ou d'une faute dolosive de la part de l'assuré ;
- les tentatives de suicide et leurs complications ;
- de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité que l'assuré pratique ;
- des dommages que l'assuré a causés ou subis lorsque l'assuré pratique les sports suivants : bobsleigh, alpinisme ou varappe ;
- de la participation de l'assuré en tant que concurrent à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérienne (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à un titre non-amateur ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive ;
- de la pratique de tout sport à titre professionnel ;

- d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique ;
- de la guerre civile ou étrangère déclarée ou non ;
- de la mobilisation générale, participation à des rixes ;
- de toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités ;
- de tout acte de sabotage ou de terrorisme ;
- de tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire ;
- de toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes ;
- des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- de toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernementale ;
- de tous les cas de force majeure.

3.11 Assistance juridique : information juridique par téléphone

Cette garantie est acquise s'il en est fait mention à la rubrique « Assistance » de vos Conditions personnelles.

Vous bénéficiez, **selon les conditions mentionnées ci-après**, de l'assistance des juristes de JURIDICA (S.A. au capital de 14 627 854, 68 euros - 572 079 150 R.C.S Versailles - 1 place Victorien Sardou 78160 Marly-le-Roi), société autonome et spécialisée dans l'assurance de protection juridique, mandatée à cet effet par nous pour mettre en œuvre cette action.

En prévention d'un litige, pour toute question sur le droit de la santé et notamment sur les relations avec un établissement de santé ou un prestataire de santé, un juriste vous renseigne par téléphone sur vos droits et obligations du lundi au vendredi de 9 h 30 à 19 h, **sauf jours fériés**.

Les questions posées doivent être relatives au droit français ou au droit monégasque. Selon les cas, les juristes peuvent avoir à se documenter et à vous rappeler afin de vous communiquer les renseignements nécessaires.

Ne sont pas pris en charge dans cette prestation :

- les questions posées dans le cadre d'une activité professionnelle.

4 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

4.1 Vos cotisations

4.1.1 Paiement de vos cotisations

Vos cotisations sont fixées en fonction d'un certain nombre de paramètres vous concernant : le régime obligatoire d'assurance maladie, l'âge, la formule de garanties choisies, et éventuellement la zone géographique.

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

Le montant de la cotisation est indiqué sur les Conditions personnelles de votre contrat, puis ultérieurement sur chaque appel de cotisation.

Vos cotisations sont payables d'avance, soit à notre siège social, soit au bureau de votre interlocuteur habituel, sous réserve des dispositions de l'article L113-3 du Code des assurances.

Elles évoluent à chaque échéance principale en fonction de l'âge des personnes assurées, de l'évolution générale de la consommation médicale et des résultats techniques de la catégorie de contrats couvrant les mêmes risques. Vous en êtes informés par l'envoi de votre avis d'échéance. En cas de désaccord sur cette évolution, vous disposez du droit de mettre fin à votre contrat comme indiqué au paragraphe « Fin du contrat ou de l'adhésion ».

4.1.2 Défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours de son échéance, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat, nous pourrions suspendre la garantie après envoi d'une lettre recommandée au souscripteur du présent contrat (si contrat individuel) ou à l'adhérent (si contrat de groupe à adhésion facultative), à son dernier domicile connu. La suspension sera effective 30 jours après l'envoi de cette lettre. Cette lettre recommandée indiquera qu'elle est envoyée à titre de mise en demeure, rappellera le montant et la date d'échéance de la cotisation ou de la fraction de cotisation.

Nous aurons le droit de résilier le contrat ou l'adhésion 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus par notification faite au souscripteur du présent contrat (si contrat individuel) ou à l'adhérent (si contrat de groupe à adhésion facultative).

4.2 Modifications législatives et réglementaires

Lorsque la loi ou la réglementation modifie les conditions contractuelles ou la portée de nos engagements, nous sommes susceptibles de modifier les modalités de votre contrat pour l'adapter à la nouvelle situation. Cette adaptation peut être réalisée en cours de contrat dès l'application de cette nouvelle réglementation si celle-ci le prévoit ou au plus tard à la prochaine échéance principale.

4.3 Ancienneté des personnes au contrat

Sur certaines de nos formules, avec ou sans modules complémentaires, nos garanties augmentent en fonction de l'ancienneté. Le montant de vos garanties tenant compte de cette ancienneté est indiqué dans vos Conditions personnelles.

L'ancienneté est comptée par personne à partir de la souscription ou de l'adhésion à une formule, avec ou sans module complémentaire. À l'ajout d'une personne sur le contrat, cette nouvelle personne n'a pas d'ancienneté.

4.4 Avantage 3^e enfant

L'avantage 3^e enfant est défini comme suit :

- l'âge des enfants est considéré par rapport à l'année civile : un enfant est considéré comme ayant moins de 19 ans s'il n'est pas encore dans l'année civile où il atteindra ses 19 ans ;
- si 3 enfants, ou plus, de moins de 19 ans, sont inscrits au contrat, le 3^e enfant et les suivants bénéficient d'une gratuité de leur cotisation (hors options Suisse). Cette disposition est revue chaque année en fonction de l'évolution de l'âge des enfants ;
- si une option Suisse est souscrite, si 3 enfants, ou plus, de moins de 19 ans sont inscrits au contrat, le 3^e enfant et les suivants bénéficient d'une remise de 50 % sur leur cotisation. Cette disposition est revue chaque année en fonction de l'évolution de l'âge des enfants.

Seuls les enfants d'un adulte inscrit au contrat sont pris en compte pour l'octroi de cet avantage.

4.5 Déclarations fausses, erronées ou omises

Vous devez, à la souscription ou à l'adhésion, répondre exactement aux questions que nous vous posons concernant votre identité, votre date de naissance, votre régime d'assurance maladie obligatoire, votre adresse de résidence principale et votre qualité de résident fiscal français.

Pour les formules Ma Santé 400 % ou pour toute formule ayant une option Suisse, vous devez aussi, à la souscription ou à l'adhésion, répondre exactement aux questions que nous vous posons concernant l'état de santé de chaque assuré.

En cours de contrat, vous avez obligation de nous déclarer toutes les circonstances nouvelles, à l'exception des modifications de l'état de santé des assurés, qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à la souscription ou à l'adhésion de votre contrat.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle permet d'opposer la nullité du contrat (article L113-8 du Code des assurances).

Toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle constatée après sinistre entraîne une réduction proportionnelle d'indemnisation (article L113-9 du Code des assurances).

4.6 Démarrage du contrat et déclenchement des remboursements

Votre contrat ou votre adhésion prend effet à la date indiquée dans vos Conditions personnelles sous réserve du paiement de la première prime. Il est souscrit pour une première période allant jusqu'à sa date d'échéance principale indiquée dans vos Conditions personnelles puis pour une durée d'un an renouvelable automatiquement à chaque échéance principale.

Votre échéance principale est indiquée dans vos Conditions personnelles.

4.7 Fin du contrat ou de l'adhésion

4.7.1 À votre initiative

Vous pouvez mettre fin à votre contrat ou à votre adhésion à la **date d'échéance principale** de votre contrat ou de votre adhésion **avec un préavis de 2 mois**.

- modalité : votre demande doit nous être adressée par lettre recommandée au moins 2 mois avant la date d'échéance principale ;
- pas de justificatif nécessaire ;
- prise d'effet : votre résiliation prend effet à la date de votre échéance principale.

Vous pouvez mettre fin à votre contrat ou à votre adhésion, en cas d'une modification de votre situation ayant un effet sur les risques garantis par votre contrat, à savoir :

- **Suite à un changement de régime obligatoire** provoquant un impact sur votre tarif (Régime général, Sécurité sociale des indépendants, AMEXA, Régime local d'Alsace Moselle). Un changement de délégataire du Régime général n'est pas un changement de régime obligatoire. Un changement de caisse du régime obligatoire n'est pas un changement de régime obligatoire.
 - modalité : votre demande doit nous être adressée par lettre recommandée en précisant le motif ;
 - justificatif : attestation du nouveau régime obligatoire ;
 - prise d'effet : un mois après la réception de votre lettre recommandée ou de votre justificatif si celui-ci nous parvient après la lettre recommandée.
- **Si vous devenez bénéficiaire de la CMU-c** (Couverture Maladie Universelle Complémentaire). Ce motif n'est pas utilisable si vous étiez déjà bénéficiaire à la souscription ou à l'adhésion.
 - modalité : votre demande doit nous être adressée par lettre recommandée ;
 - justificatif : attestation CMU-c ;
 - prise d'effet : à la date de prise d'effet de couverture par la CMU-C (sauf en cas de sinistre présenté après cette date).
- **Si vous devenez bénéficiaire de l'ACS** (Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé). Ce motif n'est pas utilisable si vous étiez déjà bénéficiaire de l'ACS à la souscription ou à l'adhésion.
 - modalité : votre demande doit nous être adressée par lettre recommandée en précisant le motif ;
 - justificatif : attestation de souscription d'un contrat habilité à recevoir l'aide ;
 - prise d'effet : le 1^{er} jour du 2^e mois suivant la présentation par l'assuré d'une attestation de souscription d'un contrat habilité à recevoir de l'aide.
- **Si vous déménagez à l'étranger** et que vous n'êtes plus résident fiscal français ou vous n'êtes plus couvert par un régime obligatoire français d'assurance maladie.
 - modalité : votre demande doit nous être adressée par lettre recommandée en précisant le motif ;
 - justificatif : attestation sur l'honneur de déménagement à l'étranger ;
 - prise d'effet : un mois après la réception de votre lettre recommandée ou de votre justificatif si celui-ci nous parvient après la lettre recommandée.

Nous acceptons votre résiliation **si vous adhérez à un contrat collectif obligatoire** souscrit par votre employeur.

- modalité : votre demande doit nous être adressée par lettre recommandée en précisant le motif ;
- justificatif : attestation de l'employeur de l'adhésion à un contrat collectif ;
- prise d'effet : un mois après la réception de votre lettre recommandée.

Vous pouvez mettre fin à votre contrat ou à votre adhésion **en cas de hausse de tarif à l'initiative de l'assureur** sauf si celle-ci est la conséquence d'une modification législative ou réglementaire.

- modalité : votre demande doit nous être adressée par lettre recommandée en précisant le motif dans les 30 jours qui suivent l'envoi de l'avis d'échéance ou du courrier vous informant de la hausse ;
- justificatif : pas de justificatif ;
- prise d'effet : à la date d'échéance principale du contrat, si la lettre a été reçue avant cette échéance, au lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste du courrier recommandée sinon.

4.7.2 À notre initiative

Nous pouvons mettre fin à votre contrat dans les cas suivants :

- si vous ne réglez pas vos cotisations, 40 jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure ;
- en cas de fausse déclaration, omission ou inexactitude de votre part entraînant une nullité du contrat ;
- si vous ne remplissez plus les conditions d'admission à la souscription ou à l'adhésion.

4.7.3 En cas de décès

Le contrat ou l'adhésion cesse en cas de décès du souscripteur ou de l'adhérent.

4.8 Modification du contrat ou de l'adhésion à votre demande

Vous pouvez demander le retrait d'un assuré à l'échéance principale de votre contrat ou de votre adhésion et à tout moment en cas de décès ou d'adhésion de l'assuré à un contrat collectif obligatoire de son employeur. En cas de décès, le retrait sera effectif à la date du décès. En cas d'adhésion à un contrat collectif obligatoire, le retrait sera effectif à la date de la demande ou à une date postérieure de votre choix.

Tant que nous commercialisons à de nouveaux clients des contrats du même type que le vôtre, vous pouvez demander à tout moment l'ajout d'un assuré. L'ajout se fera au tarif en vigueur.

Tant que nous commercialisons à de nouveaux clients des contrats du même type que le vôtre, vous pouvez demander une modification de garanties selon les conditions suivantes.

Un changement de garantie à la hausse est soit un ajout de module dans la même formule soit un changement de formule vers une formule supérieure (quels que soient les ajouts ou retraits de modules réalisés simultanément). Un changement de garantie à la hausse ne peut se faire :

- qu'à l'échéance principale avec une ancienneté d'au moins 1 an dans le niveau précédent ;
- et uniquement d'un niveau, le niveau étant défini par la formule sans module.

Un changement de garantie à la baisse est soit un retrait de module dans la même formule soit un changement de formule vers une formule inférieure (quels que soient les ajouts ou retraits de modules réalisés simultanément). Un changement de garantie à la baisse ne peut se faire qu'à l'échéance principale :

- sauf événement de vie impactant le budget familial : perte d'emploi, surendettement, changement d'emploi, divorce, séparation, décès d'un assuré ;
- ou à l'occasion de l'ajout d'un assuré.

4.9 Arbitrage

Toute contestation d'ordre médical survenant entre votre médecin et le nôtre sera soumise à l'arbitrage d'un médecin-expert désigné d'un commun accord par les 2 premiers.

Si un accord n'intervient pas, un 2^e médecin-expert sera nommé par le Président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile.

Les honoraires et frais des médecins-experts seront partagés par moitié entre vous et nous.

4.10 Subrogation

Nous pouvons nous substituer à vous, dans vos droits et actions, contre le responsable du sinistre à concurrence des remboursements de frais médicaux que nous vous avons versés à vous ou en tiers payant pour vous.

4.11 Contrat responsable

Les formules Ma Santé 100 % (PTF ou Néo), Ma Santé 125 % (PTF ou Néo), Ma Santé 150 % (PTF ou Néo), Ma Santé 200 % (PTF ou Néo) avec ou sans modules complémentaires sont « responsables » au sens des articles L871-1 et L871-2 du Code de la sécurité sociale.

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

4.12 Labellisation pour les agents territoriaux

4.12.1 Formules Labellisées

Si vous êtes agent d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public dépendant d'une collectivité territoriale, les formules Ma Santé 100 % (PTF ou Néο), Ma Santé 125 % (PTF ou Néο), Ma Santé 150 % (PTF ou Néο), Ma Santé 200 % (PTF ou Néο) avec ou sans modules complémentaires sont labellisées conformément au décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011.

4.12.2 Majoration des cotisations pour souscription tardive

Conformément à l'article 28 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, lorsque l'agent territorial n'a pas souscrit de contrat labellisé pendant une durée déterminée et n'a donc pas participé à la solidarité inhérente aux contrats labellisés, la cotisation est majorée d'un coefficient défini comme suit par les pouvoirs publics.

La majoration est égale à 2 % par année pour toute année non cotisée à un contrat labellisé. Les années non cotisées sont comptabilisées :

- à partir de l'âge de 30 ans ;
- à partir de la date la plus récente entre le 8 novembre 2013 (date de publication du décret plus 2 ans) et la date d'entrée de l'agent dans la fonction publique augmentée de 2 ans ;
- le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence.

4.12.3 Perte du label

Dans le cas où le label a fait l'objet d'une décision de retrait ou de non-renouvellement, l'assureur informe, dans un délai d'un mois à compter de la notification de cette décision, les souscripteurs ou adhérents des conséquences qui peuvent en résulter au regard de la majoration de cotisation (prévue à l'article 28 du décret du 8 novembre 2011). Le retrait ou le non-renouvellement prend effet pour l'adhérent ou le souscripteur à compter du 1^{er} jour du 2^e mois suivant la fin de la labellisation. Lorsque l'assureur reçoit directement la participation, il informe également la collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non-renouvellement du contrat ou du règlement. Cette information est donnée aux agents territoriaux intéressés, lorsque la participation leur est versée directement.

4.13 Prescription - Période au-delà de laquelle aucune demande n'est plus recevable

Conformément aux dispositions prévues par l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 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 la 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 10 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 30 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 assurance, 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.

4.14 Réclamations

Nous veillons à vous offrir un service professionnel de qualité.

Indépendamment de votre droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur privilégié ou votre service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel :

- pour les garanties Protection Juridique au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante : AXA Protection Juridique – Service Réclamation – 1 place Victorien Sardou – 78166 Marly le Roi Cedex ;
- pour les garanties Assistance au Service Gestion Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante : AXA Assistance – Service Gestion Relation Clientèle – 6 rue André Gide – 92320 Châtillon ;
- pour toutes les autres garanties à la Direction Relations Clientèle en écrivant à l'adresse suivante :

AXA France
Direction Relations Clientèle
AXA Particuliers Professionnels
TSA 46 307
95901 CERGY PONTOISE Cedex 9

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin : un accusé de réception vous sera adressé sous 8 jours et une réponse vous sera alors adressée dans un délai de 40 jours (sauf si la complexité nécessite un délai complémentaire).

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur de l'Assurance, en écrivant à l'adresse suivante – La Médiation de l'Assurance TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09, ou sur son site internet <http://www.mediation-assurance.org>.

Ce recours est gratuit.

Le Médiateur formulera un avis dans les 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.

4.15 Délai de renonciation en cas de vente à domicile ou à distance

4.15.1 Fourniture à distance d'opérations d'assurance

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un souscripteur, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

- ne s'appliquent qu'au 1^{er} contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'autres contrats de même nature, échelonnés dans le temps, sous condition que pas plus d'1 an ne se soit écoulé entre 2 contrats ;
- ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Si le contrat a été conclu à la demande du souscripteur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, l'assureur ou l'intermédiaire doit exécuter ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat.

Le souscripteur, personne physique, qui conclut à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance, est informé qu'il dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer et ce, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité. Ce délai commence à courir soit à compter du jour de la signature des Conditions personnelles, soit à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L.121-28 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à la 1^{re}.

Le souscripteur est informé que le contrat ne peut recevoir commencement d'exécution avant l'arrivée du terme de ce délai sans son accord.

Le souscripteur, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, présenté ci-dessous, dûment complété par ses soins et envoyé à l'adresse suivante : AXA, 313 Terrasses de l'Arche, 92727 Nanterre cedex.

*« Je soussigné [Nom – Prénom], demeurant [Adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, au contrat d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature des Conditions personnelles], par l'intermédiaire de [Nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].
Date [À COMPLETER] Signature [Souscripteur] »*

À cet égard, le souscripteur est informé que, s'il exerce son droit de renonciation, il sera tenu au paiement proportionnel du service financier effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité, soit un montant calculé selon la règle suivante :

(montant de la cotisation annuelle figurant aux Conditions personnelles du contrat) x (nombre de jours garantis) / 365

4.15.2 Souscription par voie de démarchage

Le souscripteur, personne physique, qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, est informé qu'il dispose de la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

À cet égard, le souscripteur, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, présenté ci-dessous, dûment complété par ses soins et envoyé à l'adresse suivante AXA, 313 Terrasses de l'Arche, 92727 Nanterre cedex.

« Je soussigné [Nom – Prénom], demeurant [Adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L. 112-9 du Code des assurances, au contrat d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature des Conditions personnelles], par l'intermédiaire de [Nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

Date [À COMPLETER] Signature [Souscripteur] »

L'exercice de ce droit de renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

En cas de renonciation, le souscripteur ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'entreprise d'assurance si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

4.16 Démarchage téléphonique

Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL.

Pour plus d'informations, consultez le site www.bloctel.gouv.fr

4.17 Dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

En notre qualité d'organisme financier, nous sommes soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du Code monétaire et financier (articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier).

Afin de nous permettre de respecter ces obligations, vous vous engagez à nous remettre les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui vous sont relatifs ainsi que ceux concernant les assurés. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devra être actualisé notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit de l'assuré.

Vous vous engagez par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par vos soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, nous réaliserons une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

4.18 Mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Le présent contrat sera sans effet et l'assureur ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties à ce titre dès lors que l'exécution du contrat exposerait ce dernier (l'assureur) aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictés par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les États-Unis d'Amérique.

5. CONVENTION D'UTILISATION DES SERVICES NUMÉRIQUES

Cette convention définit les conditions d'utilisation des Services numériques rendus lors de la souscription ou de l'exécution de votre contrat.

Elle s'applique en cas de choix (i) d'une souscription électronique, qui entraîne simultanément le choix d'une relation électronique, ou (ii) d'une relation électronique intervenant ultérieurement à la souscription de votre contrat.

Si vous êtes en désaccord avec l'une quelconque de ses stipulations, nous vous invitons à ne pas signer électroniquement votre contrat, à ne pas entrer dans une relation électronique avec nous et à souscrire votre contrat ou à échanger avec nous sous format papier.

Ce choix de souscription électronique ou d'une relation électronique se fait contrat par contrat. **Cette convention ne vous engage que pour les contrats sur lesquels vous avez exprimé ce choix.**

Cette convention d'utilisation des Services numériques a pour objet de porter à votre connaissance le processus de souscription électronique ainsi que les modalités de mise en œuvre d'une relation électronique.

5.1 Article 1 - Définitions

Pour les besoins de la présente convention, les termes ou expressions commençant par une majuscule auront la signification suivante dans ce chapitre :

- **Documents réglementaires** : désigne tout document que nous vous remettons et dont la délivrance à l'assuré est rendue obligatoire par les lois ou règlements en vigueur.
- **Écran de consultation** : désigne l'écran de la tablette tactile ou de l'ordinateur utilisé par vous notamment lors d'une souscription en ligne, ou par votre conseiller pour vous permettre (i) de lire les documents électroniques, (ii) de vérifier et valider les informations saisies et (iii) de signer électroniquement vos documents.
- **Espace client** : désigne l'espace sécurisé du Site internet, auquel vous pouvez accéder par la saisie de votre Identifiant et de votre Mot de passe. Il contient les renseignements et les documents relatifs à votre souscription électronique (dont votre contrat signé électroniquement), ainsi que certains documents de gestion de votre contrat si ceux-ci ont été dématérialisés. Toute opération effectuée depuis votre Espace client sera réputée être réalisée par vous.
- **Identifiant** : désigne un numéro d'identification que nous vous aurons communiqué.
- **Mot de passe** : désigne votre code secret d'accès à votre Espace client.
- **Nous** : pour les besoins de la présente convention d'utilisation des Services numériques, désigne l'assureur ou son délégué de gestion.
- **Service E-Document** : désigne un service qui vous permet de recevoir de façon électronique au sein de votre Espace client tout document y compris les Documents réglementaires sous réserve que lesdits documents soient dématérialisés.
- **Services numériques** : désigne l'ensemble des Services numériques susceptibles d'être mis à votre disposition. Les Services numériques incluent notamment la signature électronique et le Service E-Document. Nous nous engageons à délivrer les Services numériques conformément aux termes de la présente Convention au titre d'une obligation de moyens.
- **Site internet** : désigne le site internet axa.fr ou tout autre site d'un de nos délégués de gestion.
- **Signature électronique** : désigne « l'usage d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache » conformément au Code civil.
- **Téléchargement** : désigne le fait de télécharger un document sur votre ordinateur ou sur tout support de votre choix à partir d'un de nos Sites internet.
- **Télétransmission** : désigne le fait de transmettre électroniquement un document à partir de votre ordinateur ou tout équipement vous appartenant vers un de nos Sites internet.
- **Tiers de confiance** : désigne tout prestataire avec lequel nous travaillons délivrant des services dématérialisés tels que la signature électronique ou l'envoi de lettres recommandées électroniques.

5.2 Article 2 - Acceptation de la relation électronique

A2.1 Choix d'une souscription électronique

Le choix d'une souscription électronique peut vous être proposé

- par un conseiller en relation avec vous de façon directe ou téléphonique ;
- lors d'une souscription en ligne sur Internet.

En choisissant de souscrire avec Signature électronique, vous acceptez de recourir à la voie électronique pour la conclusion et l'exécution de votre contrat, conformément à l'article 1126 du Code civil et à l'article L100 du Code des postes et des communications électroniques.

A2.2 Choix de la relation électronique

Si vous n'avez pas souscrit avec signature électronique le choix d'une relation électronique vous est proposé à tout moment au travers de l'Espace client ou sur demande auprès de votre conseiller.

A2.3 Retour à une relation par échanges papier

Vous pouvez à tout moment changer d'avis et revenir à des échanges sur support papier, soit via l'Espace client ou sur demande auprès votre conseiller. Dans une telle hypothèse, et à compter de la prise en compte de votre demande, nous vous adresserons sur support papier l'ensemble des documents et informations édités postérieurement à la prise en compte de cette demande.

Nous pouvons également à tout moment mettre un terme à la totalité ou à certains Services numériques (et revenir ainsi à des échanges papier), ou en modifier le contenu sous réserve de vous en informer. Le retour à une relation par échanges papier n'aura d'incidence que pour l'avenir et ne remettra pas en cause la force probante des documents électroniques avant la date d'effet de la demande de retour à des échanges papier.

5.3 Article 3 - Vos engagements

A3.1 Pour utiliser les Services numériques, et outre les besoins du contrat d'assurance, vous devez fournir de façon exacte les informations suivantes : votre nom, prénom, adresse postale, numéro de mobile et adresse e-mail.

A3.2 Pour vous connecter à votre Espace client, vous devez utiliser l'Identifiant qui vous a été fourni et votre Mot de passe. Il vous appartient d'assurer la confidentialité de ces informations et de vous assurer de la sécurité de votre compte. Pour ce faire, vous devez garder ces renseignements strictement confidentiels, vous déconnecter après chaque session et modifier votre Mot de passe régulièrement.

A3.3 Le numéro de mobile et l'adresse e-mail que vous renseignez doivent correspondre à un téléphone mobile et à une messagerie électronique vous appartenant, que vous seul pouvez utiliser et que vous consultez régulièrement. Ces renseignements nous servent à vous identifier, à sécuriser vos transactions, à vous communiquer des informations, à recevoir des notifications liées à votre contrat d'assurance et à vous permettre de signer électroniquement des documents.

Par ailleurs, en acceptant la relation électronique, vous acceptez expressément de recevoir des lettres recommandées électroniques. L'adresse e-mail que vous avez déclarée pourra être utilisée pour l'envoi de lettres recommandées électroniques.

Ainsi, vous vous engagez :

- en cas de changement de numéro de mobile ou d'adresse e-mail, à nous en informer au plus vite en modifiant vos coordonnées personnelles à partir de votre Espace client ou en vous rapprochant de votre conseiller ;
- à consulter régulièrement la boîte de messagerie correspondant votre adresse e-mail ;

- à configurer votre messagerie électronique de façon à ce que les e-mails que nous vous adressons ou qui vous sont adressés par le(s) Tiers de confiance ne puissent pas être considérés comme des e-mails indésirables (SPAM) ;
- à vérifier régulièrement vos e-mails indésirables afin de vous assurer que des e-mails liés à la gestion et à l'exécution de votre contrat n'y figurent pas et s'ils y figurent à en prendre connaissance.

5.4 Article 4 - Processus de souscription électronique

Vous pouvez souscrire votre contrat électroniquement :

- soit dans le cadre d'une souscription auprès de votre conseiller ;
- soit dans le cadre d'une souscription en ligne sur Internet.

A4.1 Étape 1 : renseignements des informations vous concernant

Aux fins de nous permettre de vous proposer le contrat et les options les plus adaptées, vous devez renseigner un certain nombre d'informations.

A4.1.1 Si vous souscrivez votre contrat **auprès de votre conseiller**

Vos réponses sont recueillies préalablement à toute souscription. Lorsqu'une date et heure sont indiquées en bas d'un document (tel que le questionnaire de déclaration de risque), par la signature électronique de ce document, vous reconnaissez que ce document a été bien établi à la date et heure indiquée.

A4.1.2 Si vous souscrivez votre contrat **en ligne sur Internet**

Vous renseignerez ces informations vous-même. A tout moment vous pourrez retourner sur l'écran précédent afin de corriger une information inexacte.

A4.2 Étape 2 : présentation des documents

Les documents vous sont alors présentés soit sous format papier, soit sur un support électronique. Il s'agit :

- de la fiche d'information et de conseil précontractuel ;
- du questionnaire de déclaration de risque, le cas échéant ;
- des Conditions générales ou Notice d'information et Conditions personnelles.

Dans tous les cas, ces documents seront mis en ligne sur votre Espace client, ils seront téléchargeables et imprimables et vous serez informé de cette mise en ligne par e-mail à l'adresse préalablement déclarée.

A4.3 Étape 3 : validation de la souscription et fourniture éventuelle des pièces justificatives

Les documents sont affichés sur l'Ecran de consultation. Vous devrez alors relire l'ensemble des documents afin de vous assurer que les informations saisies sont exactes. Si elles sont erronées, il vous suffit de l'indiquer à votre conseiller qui procédera aux corrections demandées, ou en cas de souscription en ligne de revenir aux écrans précédents pour les modifier. Ce n'est que si les informations sont exactes et que vous êtes d'accord avec les conditions proposées que vous devez souscrire le contrat.

Pour ce faire, il vous sera demandé, préalablement au paiement de la prime, de fournir certains documents justificatifs. Ces documents pourront soit être fournis sur support papier à votre conseiller, soit directement télétransmis sur le Site internet en cas de souscription en ligne.

A4.4 Étape 4 : signature électronique du contrat d'assurance

Dès lors que vous avez choisi de souscrire électroniquement votre contrat d'assurance, vous allez signer électroniquement vos documents. L'ensemble des documents vous seront présentés pour signature et remis dans votre Espace client selon le processus décrit à l'article 5 « Signature électronique de documents ». La signature électronique vous engage au même titre qu'une signature manuscrite.

5.5 Article 5 - Signature électronique de documents

La Signature électronique peut intervenir soit à la souscription du contrat pour signer les documents contractuels, soit en cours de vie du contrat pour signer d'autres documents.

A5.1 Vérification des documents et signature par voie électronique

Pour signer électroniquement vos documents, vous pouvez, dans certains cas, être redirigés vers le site du Tiers de confiance. En tout état de cause, à ce stade, les documents qui vous sont présentés pour signature ne sont plus modifiables.

Vous devez lire ces documents et vous assurer qu'ils correspondent bien aux informations fournies et à celles qui vous ont été présentées.

Pour donner votre consentement définitif, vous devez cliquer sur le bouton « signer ». Un SMS contenant un code vous est alors automatiquement adressé sur le numéro de téléphone portable que vous avez déclaré préalablement. Ce code est généré automatiquement par le Tiers de confiance. Pour des raisons de sécurité, il s'agit d'un code à usage unique dont la durée de validité ne dépasse pas sept (7) jours. Pour rendre effective votre Signature électronique du document, vous devez saisir le code reçu dans le champ correspondant.

Vous reconnaissez que la saisie du code reçu dans le champ correspondant et le fait de cliquer sur le bouton « Signer » correspond à votre Signature électronique et vous engage définitivement. Dans ce cadre, cet acte positif de votre part manifeste votre consentement au contenu du document et confère à l'écrit signé électroniquement la même valeur juridique qu'un document sur lequel est apposée une signature manuscrite et ce, conformément aux articles 1366 et 1367 du Code civil.

L'heure et la date de votre signature sont apposées automatiquement par le Tiers de confiance, au moyen d'un procédé d'horodatage. Pour des raisons techniques, lorsqu'il y a plusieurs documents, ils peuvent être signés en même temps, ce qui ne signifie pas que lesdits documents ont été renseignés en même temps.

A5.2 Remise de vos documents originaux signés

Dès que vos documents sont signés électroniquement, ils sont automatiquement mis à votre disposition sur votre Espace client et un e-mail vous est adressé afin de (i) vous confirmer la mise en ligne des documents et (ii) vous indiquer comment y accéder. Cette mise à disposition des documents électroniques signés, sur votre Espace client vaut remise de votre exemplaire original au sens de l'article 1375 du Code civil et accusé de réception au sens de l'article 1127-4 du Code civil.

Ces documents sont téléchargeables et imprimables. Ils resteront accessibles en ligne pendant la durée de votre contrat d'assurance. Nous vous recommandons de télécharger ou d'imprimer ces documents afin de disposer d'un exemplaire facilement accessible.

5.6 Article 6 - Relation électronique

Vous avez choisi la relation électronique (i) en signant électroniquement votre contrat ou (ii) en choisissant ultérieurement ce mode de relation.

Par ce choix vous acceptez de recevoir par voie électronique toute information susceptible de vous être adressée dans le cadre de l'exécution du contrat et, le cas échéant, les lettres recommandées électroniques à l'adresse e-mail que vous nous avez déclarée.

Cette relation électronique concerne les actes et éditions que nous avons déjà dématérialisés. Certains actes ou éditions peuvent perdurer sous forme papier.

Nous faisons évoluer régulièrement notre offre de Service E-document. En choisissant la relation électronique, vous acceptez que la liste des documents et informations adressés par voie électronique puisse évoluer. Toute évolution des informations et documents susceptibles de vous être adressés de façon électronique vous sera notifiée par email à l'adresse que vous nous avez communiquée.

Les documents électroniques sont mis à votre disposition sur l'Espace client dans le cadre de notre Service E-Documents. Dès leur mise en ligne, un email vous est adressé afin de vous informer que les documents sont disponibles sur l'Espace client.

Les Documents réglementaires mis à disposition par le Service E-document sont imprimables et téléchargeables au format PDF ce qui confère au support ainsi communiqué un caractère intègre et durable. Vous vous engagez soit à imprimer lesdits Documents réglementaires et à les conserver ; soit à télécharger lesdits documents et à procéder à leur enregistrement.

Ces Documents réglementaires seront accessibles en ligne pendant un délai minimum de 2 ans à compter de la date de leur 1^{re} mise en ligne.

5.7 Article 7 - Moyens de preuve

Vous reconnaissez :

- que le fait de recevoir un courrier électronique à votre adresse e-mail déclarée, indiquant la mise à disposition des documents contractuels signés électroniquement ou de Documents réglementaires sur votre Espace client vaut remise desdits documents ;
- que le fait que les documents soient téléchargeables au format PDF et imprimables confère au support ainsi communiqué les caractères d'intégrité et de durabilité exigés par la loi ;
- que l'identification issue de la déclaration de votre identité ainsi que de votre numéro de mobile vaut identification au sens de l'article 1366 du Code civil ;
- qu'en cas de litige les données que vous avez transmises, les certificats et Signatures électroniques utilisés dans le cadre des Services numériques sont admissibles devant les tribunaux et feront preuve des données et des faits qu'ils contiennent ainsi que des signatures et procédés d'authentification qu'ils expriment ;
- qu'en cas de litige, les jetons d'horodatage sont admissibles devant les tribunaux et font preuve des données et des faits qu'ils contiennent. La preuve des connexions et d'autres éléments d'identification ou actions réalisées par vous sera établie en tant que de besoin à l'appui des journaux de connexions tenus par nous et des traces informatiques conservées à cet effet.

En cas de Signature électronique, vous reconnaissez expressément que le fait de cliquer sur le bouton « SIGNER » et la saisie du code transmis sur votre mobile :

- manifestent votre consentement au contenu du document ;
- confère à l'écrit signé conformément aux articles 1366 et 1367 du Code civil la même valeur juridique qu'un document écrit et signé manuscritement.

5.8 Article 8 - Archivage des documents

Nous conserverons les documents électroniques pendant toute la durée légale de conservation. Ainsi, vous pouvez durant cette période, nous demander de vous adresser ces documents sous format électronique en vous rapprochant de votre conseiller ou nos services.

En cas de résiliation du contrat d'assurance signé électroniquement ou pour lequel une relation électronique aurait été demandée, nous vous informerons d'un délai pendant lequel vous devrez télécharger l'ensemble des documents de l'Espace client aux fins de conservation par vos soins.

5.9 Article 9 - Données à caractère personnel

En complément des informations relatives aux traitements de données à caractère personnel que nous réalisons, vous êtes informés que dans le cadre des Services numériques, vos données à caractère personnel pourront être transmises aux Tiers de confiance aux fins de réaliser les Services numériques (par exemple : Signature électronique, envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception, archivage électronique...).

6. LEXIQUE

Les termes présents dans le lexique sont soulignés dans le texte du document lors de leur première apparition.

Actes coûteux et peu coûteux (frais de séjour)

Les actes dits « coûteux » ou « lourds » sont les actes pour lesquels une participation forfaitaire de l'assuré est définie par l'article R160-16 du Code de la Sécurité sociale.

Les actes dits « peu coûteux » sont les actes de la Liste pour lesquels l'assuré doit s'acquitter du ticket modérateur.

Activité libérale intra-hospitalière

Possibilité donnée à certains médecins hospitaliers de pratiquer une activité libérale privée dans la structure d'un établissement public (article R6154-3-1 du Code de la santé publique).

ADELI (Automatisation DEs Listes)

Le répertoire ADELI recense les informations professionnelles de nombreuses professions de santé. La consultation de ce répertoire est aujourd'hui possible en contactant votre Agence Régionale de Santé (ARS). Le numéro ADELI est progressivement remplacé par le RPPS pour certaines professions de santé. Le répertoire ADELI est régi *par l'Arrêté du 12 juillet 2012 relatif à la mise en place d'un traitement de données à caractère personnel*.

Adhérent

Lorsque l'assurance est acquise par un contrat de groupe à adhésion facultative souscrit par l'association ANPERE, l'adhérent est la personne qui adhère à l'association.

Admission

Accueil et enregistrement du patient par le service des admissions d'un établissement hospitalier. En cas d'arrivée par le service des urgences, il existe également une procédure d'admission accélérée.

Aidant

Au titre de ce contrat l'aidant est l'assuré qui assiste son père, sa mère, son fils, sa fille ou son conjoint dépendant.

Ambulatoire

Tout séjour dans un établissement hospitalier privé ou public donnant lieu à une admission, un traitement (y compris chirurgical) et une sortie le même jour, nécessité par un accident ou une maladie ; les consultations externes sont exclues.

AMEXA

Assurance Maladie des Exploitants Agricoles.

Animaux domestiques

Désigne le chien et/ou chat qui appartient à l'Assuré et qui vit habituellement à son Domicile, à l'exclusion de toute autre espèce, à condition qu'il soit à jour de vaccination conformément à la législation française, sous réserve des dispositions de la loi n°99-5 du 6 janvier 1999 relative aux animaux dangereux et errants et à la protection des animaux. Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.

Année d'assurance

Une année d'assurance commence à la souscription ou au renouvellement de votre contrat et dure jusqu'à l'échéance principale de votre contrat éloignée d'au moins 11 mois.

Association

Il s'agit de l'association qui souscrit le contrat de groupe à adhésion facultative définie sur votre Certificat d'adhésion.

Assuré

Personne inscrite aux Conditions personnelles comme pouvant bénéficier des prestations du contrat.

Atteinte corporelle

Accident corporel ou maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie de l'Assuré ou d'engendrer à brève échéance, une aggravation majeure de son état de santé si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués immédiatement.

Par accident corporel, on entend toute Atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure, imprévisible et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Par maladie on entend toute altération soudaine et imprévisible de la santé de l'Assuré constatée par l'Autorité médicale.

Autorité médicale

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

Base de Remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

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

Conditions personnelles

Elles précisent l'identité des personnes assurées, la formule et les garanties choisies. Pour le contrat individuel, il s'agit des Conditions particulières. Pour le contrat de groupe à adhésion facultative, il s'agit du Certificat d'adhésion.

Consommateur

Toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale.

Court Séjour

Le court séjour inclut les soins de courte durée ou le traitement des affections pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie.

Cure thermale

Séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections.

Les cures thermales sont remboursées par l'assurance maladie obligatoire sous certaines conditions. Elles doivent notamment être prescrites par un médecin.

Délai d'attente

Période pendant laquelle nous ne prenons pas en charge les soins pratiqués. Elle débute à partir de la date d'effet des garanties.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)

Un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée est un contrat proposé par la Sécurité sociale aux médecins leur proposant de limiter leurs dépassements d'honoraire en contrepartie d'un certain nombre d'avantages. L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) est un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Domicile

Lieu de résidence principale et habituelle de l'Assuré. Il est situé en France.

Échéance Intermédiaire

L'échéance intermédiaire est le moment de perception de la fraction de la cotisation annuelle pour des contrats ayant un fractionnement Mensuel, Trimestriel, Semestriel.

Échéance Principale

L'échéance principale est la date définie dans les Conditions personnelles à laquelle le contrat se renouvelle par tacite reconduction s'il n'a pas été résilié selon les conditions définies dans les présentes Conditions générales ou Notice d'information.

Équipe médicale

Structure d'assistance médicale qu'AXA Assistance met à disposition et adapte à chaque cas particulier.

Établissement de santé

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

État de dépendance totale

Est considérée comme étant en état de dépendance totale au titre de ce contrat,

- une personne ayant été reconnue comme dépendante totale au titre d'un contrat AXA Entour'Age ou au titre d'un contrat AGIPI Egard,

ou

- une personne de plus de 60 ans ayant un niveau de dépendance GIR1 ou GIR2, selon la grille AGGIR,

ou

- une personne de moins de 60 ans :

- classée par la Sécurité sociale en invalidité de 3^e catégorie ;
- ou bénéficiaire, au titre de la législation sur les accidents du travail, d'une majoration pour tierce personne ;
- ou bénéficiaire de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) compte tenu d'un taux d'incapacité permanente de 100 %.

Étranger

Tout pays en dehors du pays du Domicile de l'Assuré.

Force Majeure

Événement imprévisible et irrésistible qui est d'origine extérieure au débiteur de l'obligation.

Forfait Journalier Hospitalier

Somme due par le patient pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé en France.

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

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

Forfait de surveillance thermale

Le forfait de surveillance médicale correspond à votre surveillance médicale par le médecin du centre pour l'ensemble des actes médicaux accomplis pendant la durée normale de votre cure. Ces frais se rapportent directement à l'affection qui a provoqué la cure thermale.

S'y ajoutent, éventuellement, des pratiques médicales et complémentaires si ces soins sont inscrits sur la liste des pratiques médicales remboursables et effectuées dans les stations thermales répertoriées dans cette liste.

Forfait thermal

Le forfait thermal correspond aux soins et traitements de la cure elle-même.

Frais de Séjour

Chapitre 2

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

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

Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au taux de 80% (ou de 100% dans certains cas : actes coûteux notamment), le solde étant généralement remboursé par l'assurance maladie complémentaire.

Chapitre 3

Frais d'hôtels (petit-déjeuner inclus) et de taxi nécessaires à la mise en œuvre des prestations qu'AXA Assistance organise et prend en charge au titre du présent Contrat. Toute solution de logement provisoire qu'AXA Assistance n'aurait pas organisée ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

Frais pré et post opératoires

Les frais pré et post opératoires sont les frais de médecine (consultations, examens médicaux, auxiliaires médicaux) et de pharmacie qui précèdent ou suivent une opération chirurgicale et qui ont un rapport directe avec celle-ci. Dans le cadre de notre formule Ma Santé Hospi, ces frais sont pris en charge lorsqu'ils correspondent à des soins prodigués dans les 30 jours qui précèdent ou qui suivent l'intervention chirurgicale. Dans les autres formules, ces soins et médicaments sont pris en compte dans le cadre des garanties médecine et pharmacie du contrat telles que décrites dans les Conditions personnelles.

France

Pour les garanties d'assistance du chapitre 3 : France métropolitaine y compris la Corse.

Franchise

Chapitre 2

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1^{er} janvier 2008. Son montant est de :

- 0,50 euro par boîte de médicaments ;
- 0,50 euro par acte paramédical ;
- 2 euros par transport sanitaire.

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

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMU Complémentaire et de l'Aide Médicale de l'État,...

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé « responsables ».

Chapitre 3

Part des dommages qui restent à la charge de l'assuré.

Groupes GIR (Groupes Iso Ressources)

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) est un outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques en cas de dépendance.

- Le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit ou en fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, nécessitant une présence continue d'intervenants.
- Le GIR 2 est composé de 2 sous-groupes :
 - d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
 - d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui conservent leurs capacités motrices.
- Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement, leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.
- Le GIR 4 comprend les personnes qui ne peuvent pas se lever seules mais qui, une fois debout, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement.
- Le GIR 5 est composé des personnes qui sont capables de s'alimenter, s'habiller et se déplacer seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Hospitalisation

Pour les garanties d'assistance du chapitre 3 : séjour d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical lié à une maladie ou un accident corporel.

Hospitalisation inopinée

Une hospitalisation inopinée est une hospitalisation à l'étranger non programmée et donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale française. Les conditions de prise en charge de la Sécurité sociale pour les soins dispensés à l'étranger sont précisées dans les articles R160-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

IMC

Indice de Masse Corporelle de l'Organisation Mondiale de la Santé.

IMC = Masse/Taille². La masse étant exprimée en kg et la taille en mètre.

Implantologie Dentaire (Implants)

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

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

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

LAMal

Loi fédérale suisse du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie.

Liste des Produits et Prestations remboursables (LPP)

La LPP, consultable sur le site de l'Assurance maladie (Ameli.fr), recense les dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, les aliments diététiques, les orthèses et les prothèses externes, les dispositifs médicaux implantables et les véhicules pour handicapés physiques qui sont remboursables par la Sécurité sociale.

Long Séjour

Le long séjour inclut les soins comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Les Unités de Soins de Longue Durée accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Médecine douce

Au titre de ce contrat la médecine douce s'entend comme une prestation d'ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, de pédicure-podologue ou de psychothérapeute. Se rapporter au chapitre correspondant pour plus de détail concernant les praticiens et les actes que nous remboursons.

Membre de la famille

Le conjoint de droit ou de fait ou toute personne qui est liée à l'assuré par un Pacs, ses ascendants ou descendants ou ceux de son conjoint, ses frères et sœurs.

Ils doivent être domiciliés dans le même pays que l'assuré.

Mentionnée et valorisée (garantie)

Lorsqu'il est précisé que la garantie doit être mentionnée et valorisée dans vos Conditions personnelles, il s'agit des conditions cumulatives suivantes :

- mentionnée : l'intitulé de la garantie doit clairement figurer dans le tableau de garanties détaillé dans vos Conditions personnelles ;
- valorisée : une valeur numérique, en euro ou en pourcentage de la BR, ou aux frais réels ou une grille optique doit être mentionnée. A contrario la mention « Non pris en charge » signifie que la garantie n'est pas acquise.

Moyen Séjour (Soins de suite ou de réadaptation (SRR))

Le moyen séjour inclut les soins nécessaires à votre rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

Orthèse

À la différence de la prothèse qui supplée ou remplace, l'orthèse soutient la partie déficiente du corps (attelle, corset, gouttière, plâtre, etc.)

Participation Forfaitaire d'un euro

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

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

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

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

Personne de confiance

Personne que vous désignez. Cette personne doit être domiciliée en France.

Personne dépendante

Personne physique qui se trouve dans l'impossibilité médicalement constatée d'effectuer au moins 3 des 4 actes ordinaires de la vie quotidienne : se déplacer, s'habiller, se laver, s'alimenter et à qui il aura été médicalement prescrit l'assistance constante d'un tiers ou l'hospitalisation en centre de long séjour ou l'hébergement en section de cure médicale.

Praticien conventionné, praticien non conventionné

Les pouvoirs publics et les autorités régissant la politique de soins passent des conventions avec les instances représentatives des professionnels de santé. Ces conventions visent à permettre ou faciliter le remboursement des soins par les Assurances Maladies Obligatoires ou Complémentaires en contrepartie d'un encadrement des pratiques et des tarifs.

Les praticiens sont ensuite libres d'adhérer ou non à la convention de leur profession.

En pratique, les tarifs des praticiens conventionnés sont habituellement plus bas que les tarifs des praticiens non conventionnés.

Prise en charge hospitalière

Une prise en charge hospitalière est un document que nous délivrons pour vous éviter l'avance d'argent à certains établissements hospitaliers publics ou privés.

Proche

Au titre de ce contrat, pour la prestation « Retour des proches », est considéré proche d'un assuré au contrat : son conjoint ou concubin notoire, ses ascendants au 1^{er} degré vivant sous le même toit, ses descendants au 1^{er} degré à charge au sens fiscal du terme ou vivant sous le même toit, voyageant ensemble.

Prothèses dentaires à prise en charge renforcée / à tarifs maîtrisés

Les prothèses à prise en charge renforcée, si elles sont mentionnées dans vos Conditions personnelles, correspondent aux prothèses « 100 % santé » mentionnées au Chapitre 2 du présent document, rubrique Dentaire.

Les notions de prothèses dentaires à tarifs limités et prothèses dentaires à tarifs maîtrisés sont équivalentes dans vos documents contractuels.

Réduction mammaire importante

Au titre de ce contrat, une réduction mammaire importante est une réduction mammaire telle que définie dans l'acte QEMA013 de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Régime obligatoire

Le régime obligatoire désigne un régime de santé ou de prévoyance auquel l'assuré est automatiquement soumis et qui est déterminé selon son statut professionnel.

Reste à Charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Il est constitué :

- du ticket modérateur ;
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire ;
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

L'assurance maladie complémentaire couvre tout ou partie du reste à charge.

RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé)

Le RPPS recense les informations professionnelles de nombreuses professions de santé, notamment les médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens. Le RPPS remplace progressivement le répertoire national ADELI. Le RPPS est régi par l'Arrêté du 6 février 2009 portant création d'un traitement de données à caractère personnel.

Secteur 1 / Secteur 2

Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste), de son secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2) et de son adhésion ou non à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

- le médecin conventionné de secteur 1 n'ayant pas adhéré à un DPTAM applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable). Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient, comme par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin ;
- le médecin conventionné de secteur 1 ou 2 ayant adhéré à un DPTAM pratique des honoraires libres dans des limites fixées contractuellement avec la Sécurité sociale ;
- le médecin conventionné de secteur 2 n'ayant pas adhéré à un DPTAM pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires avec « tact et mesure ».

Les professionnels de santé ont l'obligation d'afficher « de manière lisible et visible dans leur salle d'attente » leur secteur d'activité, leurs honoraires et le montant d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées. Les médecins de secteur 2 doivent « donner préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'ils comptent pratiquer ».

Dans tous les cas, les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent être pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Soins inopinés

Les soins inopinés sont les soins dispensés à l'étranger qui n'ont pas été programmés et donnant lieu à un remboursement par la Sécurité sociale française. Les conditions de prise en charge de la Sécurité sociale pour les soins dispensés à l'étranger sont précisées dans les articles R160-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Structure médicale

Structure publique ou privée adaptée à chaque cas particulier et définie par l'équipe médicale d'AXA Assistance.

SwissDRG

Tarif conventionnel suisse utilisé pour la tarification des actes réalisés dans le cadre d'une hospitalisation de plus d'une nuit.

Tarif d'autorité (TA) Cf. Base de Remboursement

Tarif de convention (TC) Cf. Base de Remboursement

Tarif de responsabilité (TR) Cf. Base de Remboursement

TARMED

Tarif Médical conventionnel suisse servant à la tarification des prestations ambulatoires tant dans les cabinets médicaux que dans les hôpitaux

Télétransmission

La télétransmission est l'envoi informatisé des feuilles de soins et des décomptes de santé entre les partenaires de Santé. Cela peut-être :

- la télétransmission du prestataire de santé (médecin, pharmacien, laboratoire, etc.) vers l'organisme gestionnaire de votre régime obligatoire,
- la télétransmission entre l'organisme gestionnaire de votre régime obligatoire et l'organisme gestionnaire de votre complémentaire santé. Dans ce cas votre décompte de Sécurité sociale intègre la mention « le double est transmis à votre organisme complémentaire ».

Ticket Modérateur (TM)

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces frais constituant le reste à charge.

Titre de transport

Dans le cadre des transports publics de voyageurs, il désigne le document qui permet à l'assuré de justifier du paiement du transport.

Verres complexes

Verres unifocaux dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries.

Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries.

Verres unifocaux dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie.

Verres unifocaux dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries.

Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries.

Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre –8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres très complexes (pour les équipements adultes uniquement)

Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries.

Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries.

Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie.

Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Verres simples

Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries.

Verre unifocaux dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

Verre unifocaux dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries..

Vous

Aux chapitres 1, 4 et 5, le souscripteur du contrat ou l'adhérent à l'association.

Aux chapitres 2 et 3, toutes les personnes assurées qui sont précisées aux Conditions personnelles.

Conseils d'utilisation

Sans négliger sa santé, il est possible de limiter certains postes de dépenses en adoptant de nouveaux réflexes :

- ne pas communiquer vos taux de remboursement aux professionnels de santé ;
- privilégier les médecins de secteur 1 ;
- privilégier si possible le recours aux professionnels partenaires (opticiens, chirurgiens dentistes, audioprothésistes, chirurgie réfractive, ostéopathes/chiropracteurs, psychologues et diététiciens). Nous avons négocié auprès d'eux des tarifs préférentiels ;
- lorsque le recours à un professionnel partenaire n'est pas possible, effectuer plusieurs devis : pour une même prestation, les différences de prix sont parfois importantes ; nos services peuvent analyser ces devis et vous conseiller ;
- avant une hospitalisation, il est recommandé de demander un devis préalable à l'établissement de santé et de nous l'adresser. Nos services analyseront ce devis et vous feront un retour ;
- avant d'engager les soins, il est recommandé de recourir au simulateur de remboursement disponible sur le site internet axa.fr qui vous donnera pour certains cas une indication sur les montants pris en charge.

Ces précautions permettent de lutter efficacement contre les dépassements d'honoraires et ainsi de limiter les dépenses restant à la charge de la communauté des assurés. Dans un système solidaire, les abus et gaspillages pénalisent l'ensemble des assurés.

Votre interlocuteur AXA

AXA vous répond sur :



Je choisis
une assurance **citoyenne**

+ de confiance, + de prévention, + de solidarité, + d'engagement pour l'environnement... Cette offre appartient à la gamme Assurance citoyenne. Retrouvez les atouts citoyens de votre assurance sur axa.fr

