



Santé

Conditions générales Notice d'information Complémentaire santé Ma Santé



Mars 2025



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 thermale
	14	2.13. Allocation de bienvenue
	14	2.14. Soins à l'étranger
	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 transfert 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 prestataires
	23	3.10. Rapatriement sanitaire – Retour des proches
	25	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
	27	4.4. Avantage 3 ^e enfant
	28	4.5. Déclarations fausses, erronées ou omises
	28	4.6. Fraude
	28	4.7. Démarrage du contrat et déclenchement des remboursements
	28	4.8. Fin du contrat ou de l'adhésion
	29	4.9. Modification du contrat ou de l'adhésion à votre demande
	30	4.10. Expertise médicale
	30	4.11. Subrogation
	30	4.12. Contrat responsable
	30	4.13. Labellisation pour les agents territoriaux
	31	4.14. Prescription - Période au-delà de laquelle aucune demande n'est plus recevable
	32	4.15. Réclamations
	33	4.16. Vente à distance et démarchage
	34	4.17. Démarchage téléphonique
	34	4.18. Dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme
	34	4.19. Législation relative aux traitements des données à caractère personnel
	35	4.20. Sanctions internationales

SOMMAIRE (SUITE)

Chapitre	Page	Article
5. Lexique	37	

Les mots en italique figurant dans ces Conditions générales ont pour seule signification celle précisée dans le chapitre « Lexique ».

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 Assurances Vie Mutuelle pour les garanties Frais de santé et, respectivement, avec AXA France IARD ou AXA Assurances IARD Mutuelle pour les garanties d'assistance. L'organisme assureur est précisé sur vos *Conditions personnelles*.

1.2. Contrat de groupe à adhésion facultative

Votre contrat est un contrat de groupe à adhésion facultative si *vous* êtes 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 le 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 Assurances Vie Mutuelle pour les garanties Frais de santé et, respectivement, avec AXA France IARD ou AXA Assurances 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.

MA SANTÉ

Votre contrat d'assurance complémentaire santé

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, accident.

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 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 informés 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 lorsqu'elles sont nécessaires au règlement des prestations :

- **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 obtenir le remboursement de l'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale**, vous devez nous adresser la facture acquittée et détaillée au nom de l'assuré, émise par un professionnel de santé (cachet professionnel, signature et n° ADELI, n° RPPS du praticien ou du n° FINESS de l'établissement de soins dans lequel exerce le praticien et pour lequel il a établi cette facture) ;
- **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 » 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, ou 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 « Protection de vos données de santé » de vos *Conditions personnelles*. Si *vous* ne souhaitez pas nous fournir ces informations, l'exclusion ou la limitation sera appliquée.

Votre remboursement s'effectue exclusivement par virement bancaire, aucun autre mode de remboursement n'est accepté. Aussi, vous devez nous faire parvenir vos coordonnées bancaires complètes.

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 frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale ;
 - 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 dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente des équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels ;
 - les soins et les prestations associés à une Discipline Médico Tarifaire (DMT) relative à une *hospitalisation de longue durée* (par exemple : 176 « Long séjour pour personnes ayant perdu leur autonomie de vie ») dès le premier jour ;
 - les soins et les prestations relatifs à une *hospitalisation* de plus d'1 an en continu ou discontinu pour la même pathologie ;
 - 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.

Par ailleurs, dans le cadre de la prescription, nous ne prenons pas en charge les soins antérieurs de 2 ans à la date de leur demande de prise en charge (cf. paragraphe « Prescription - Période au-delà de laquelle aucune demande n'est plus recevable » du chapitre 4).

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 et forfait patient urgences

Nous prenons en charge l'intégralité du *forfait journalier hospitalier* et du forfait patient urgences.

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'anesthésistes 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.

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 L4394-5 du Code de la Santé publique : par exemple, infirmier et infirmière, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste et orthoptiste.

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, les médicaments à service médical rendu modéré et certaines préparations magistrales ;
- les médicaments à service médical faible **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, des lentilles et des prothèses auditives dont les prestations contractuelles sont précisées dans les paragraphes « Optique », « Dentaire » et « Aides auditives » du Chapitre 2. 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, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des psychologues et des psychothérapeutes aux conditions suivantes :

- les ostéopathes, les chiropracteurs, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les psychologues doivent figurer aux répertoires nationaux *RPPS* ou *ADELI* ;
- les psychothérapeutes doivent figurer aux répertoires nationaux *RPPS* ou *ADELI* et au registre national des psychothérapeutes ;
- les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Ces professionnels doivent donc être des médecins, des ostéopathes, des chiropracteurs, des psychologues, des psychothérapeutes ou des auxiliaires médicaux au sens du Livre III de la 4^e partie du Code de la santé publique (pédicures-podologues, etc.).

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 plusieurs actes parmi la liste ci-dessous dès lors qu'ils sont mentionnés dans vos *Conditions personnelles* au titre de ce forfait prévention :

- 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 par un médecin, 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'État et figurant aux répertoires nationaux *RPPS* ou *ADELI*. À 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 ;
- 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.

2.7.8. Prise en charge des psychologues dans le cadre du dispositif Mon soutien psy

La Sécurité sociale prend partiellement en charge jusqu'à 8 séances (séance d'évaluation comprise) réalisées par un psychologue conventionné. Seuls les psychologues ayant signé une convention avec l'Assurance Maladie sont éligibles à ce dispositif.

Pour pouvoir bénéficier de cet accompagnement psychologique, vous devez être orienté par un médecin. Ce médecin peut être votre médecin traitant ou un médecin impliqué dans votre prise en charge.

Nous intervenons en complément du Régime obligatoire, sur la base d'un tarif opposable (exemple pour 2025 : 50 € par séance), à hauteur du Ticket Modérateur au titre de cette garantie dès lors que la garantie « Soins Courants » est acquise au contrat.

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

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.

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.

2.9.5. 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 ;
- 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 réfractive

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.

Cette garantie prend en charge les implants intra-oculaires (intervention en bloc opératoire et implant) en alternative à l'opération au laser.

Néanmoins, cette garantie ne peut être engagée pour le traitement de la cataracte. Ce traitement est pris en charge dans le poste Hospitalisation.

2.10. Dentaire

3 paniers d'actes sont définis par la Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie (arrêté du 23 août 2023) :

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

Les équipements du panier « 100% santé » sont les suivants :

- couronnes céramique monolithique et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1^{re} prémolaire) ; couronnes céramique monolithique zircons (incisives et canines) ; couronnes métalliques toute localisation ;
- inlays-cores et couronnes transitoires ;
- bridges céramo-métalliques (incisives et canines), bridges full zircon et métalliques toute localisation, prothèses amovibles à base résine.

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*, même si votre *régime obligatoire* ne les prend pas en charge, si cela est indiqué dans vos *Conditions personnelles*. Ce forfait ne peut pas prendre en charge la parodontologie non remboursée, sauf si vos *Conditions personnelles* précisent expressément le contraire.

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 honoraires limites de facturation 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

La réglementation « 100 % santé » définit 2 classes d'appareils auditifs (arrêté du 24 juin 2022 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 ».

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.

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

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.

En cas d'achat sur Internet, c'est l'adresse du vendeur qui est utilisée pour définir si l'achat est réalisé dans l'Union européenne ou en dehors (en l'absence de toute précision, l'achat sera considéré comme ayant été effectué en dehors de l'Union européenne).

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.

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

En cas d'achat sur Internet, c'est l'adresse du vendeur qui est utilisée pour définir si l'achat est réalisé dans l'Union européenne ou en dehors (en l'absence de toute précision, l'achat sera considéré comme ayant été effectué en dehors de l'Union européenne).

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 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. 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 abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par le Code de la route en vigueur en France),
- à l'usage de médicaments ou de drogues non prescrits médicalement,
- à la pratique des sports suivants par l'assuré : sports de combat en compétition, sports aéronautiques, sports mécaniques en compétition,
- à une guerre civile ou étrangère,
- à la participation de l'assuré à des grèves, 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.

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

2.15.3. 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* :

- soit 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* ;
- soit 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* suit le mode de remboursement des frais de l'*hospitalisation* correspondante, soit en complément de la Sécurité sociale française, soit au 1^{er} euro. 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.

2.15.4. Option Hospitalisation en Suisse et Soins en Suisse

Cette garantie est acquise si la mention « HopsiSuisse+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.

2.15.4.1. 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.

2.15.4.2. 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 dans la rubrique « Limitations communes à toutes les garanties du chapitre 2 » du Chapitre 2.**

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.

2.15.4.3. 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*.

2.15.4.4. 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 12 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.

3. VOS GARANTIES D'ASSISTANCE

Les prestations des garanties décrites dans ce chapitre sont réalisées par l'Assisteur. Le numéro de téléphone à appeler est le 36 33 depuis la France, cout d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'étranger).

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 l'Assisteur, 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 de l'Assisteur sont habilitées à fixer la durée de présence de l'aide-ménagère après évaluation de la situation médicale et personnelle de l'*assuré* pour déterminer son besoin.

Pour bénéficier de ces prestations, vous devez :

- contacter l'Assisteur au 36 33 depuis la France, cout d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'étranger) ;
- obtenir l'accord de l'Assisteur 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 de l'Assisteur sont habilitées à fixer la durée de présence du garde-malade après évaluation de la situation médicale et personnelle de l'*assuré* pour déterminer son besoin.

Pour bénéficier de ces prestations, vous devez :

- contacter l'Assisteur au 36 33 depuis la France, cout d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'étranger) ;
- obtenir l'accord de l'Assisteur 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 hospitalisés 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.

L'Assisteur 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, l'Assisteur 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 l'Assisteur au 36 33 depuis la France, cout d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'étranger) ;
- obtenir l'accord de l'Assisteur avant d'engager toute dépense.

3.4. Garde et transfert des animaux domestiques

Si vous êtes hospitalisés 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 € 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 l'Assisteur au 36 33 depuis la France, cout d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'étranger) ;
- obtenir l'accord de l'Assisteur 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 l'Assisteur sont prises en charge au titre de votre contrat.

Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :

- contacter l'Assisteur au 36 33 depuis la France, cout d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'étranger) ;
- obtenir l'accord de l'Assisteur 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 hospitalisés 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, l'Assisteur 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 €) 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 de l'Assisteur.

En cas d'utilisation du service, le Médecin Conseil de l'Assisteur 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 l'Assisteur au 36 33 depuis la France, cout d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'étranger) avant d'engager toute dépense ;
- si la *personne dépendante* a plus de 60 ans, faire parvenir à l'Assisteur 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 l'Assisteur 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 l'Assisteur un extrait d'acte de naissance permettant de justifier votre lien de filiation ;
- si la *personne dépendante* est votre conjoint, faire parvenir à l'Assisteur 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 de l'Assisteur *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 l'Assisteur au 36 33 depuis la France, cout d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'étranger).

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 bénéficiaire de cette prestation vous devez :

Contactez l'Assisteur au 36 33 depuis la France, cout d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'étranger).

3.9. Recherche de prestataires

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

3.9.1. 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 l'Assisteur au 36 33 depuis la France, cout d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'étranger) ;
- formuler votre demande au plus tard dans les 8 jours qui suivent votre retour de l'hôpital.

3.9.2. 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 l'Assisteur au 36 33 depuis la France, cout d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'étranger).

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 l'Assisteur.

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, l'Assisteur 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, l'Assisteur 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, l'Assisteur peut demander à l'*assuré* d'utiliser son *titre de transport* si ce dernier peut être modifié. Dans le cas contraire, et lorsque l'Assisteur 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 l'Assisteur 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* et 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 l'Assisteur au 36 33 depuis la France, cout d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'*étranger*) 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 l'Assisteur, dans les conditions définies à la rubrique Rapatriement sanitaire, l'Assisteur organise et prend en charge le retour par train 1^{er} 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, l'Assisteur organise et prend en charge le retour des *animaux domestiques* (chiens et chats) accompagnant le rapatrié.

En cas de rapatriement ou de transport, l'Assisteur peut demander aux bénéficiaires de cette prestation d'utiliser leur *titre de transport* si ce dernier peut être modifié. Dans le cas contraire, et lorsque l'Assisteur 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 l'Assisteur 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 de l'Assisteur ;
- 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.

Ne donnent pas lieu à l'intervention de l'Assisteur :

- 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 de l'Assisteur, 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 pratique à titre amateur de tout sport nécessitant l'emploi d'un engin de locomotion motorisé ;
- de la participation à titre amateur à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires à bord de tout engin de locomotion terrestre, marin ou aérien motorisé ou non ;
- de la pratique de tout sport à titre professionnel ;
- de la violation des règles du jeu énoncées par la fédération, l'association sportive, le tournoi ou tout autre organisation édictant officiellement les règles du jeu sportif ;
- 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 ;
- de la 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 € - 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.

Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :

- contacter l'Assisteur au 36 33 depuis la France, cout d'un appel local (00 33 1 55 92 27 54 depuis l'étranger).

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 pourrons 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 18 ans s'il n'est pas encore dans l'année civile où il atteindra ses 18 ans ;

- si 3 enfants, ou plus, de moins de 18 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 18 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 quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur (article L113-8 du Code des assurances).

Toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle constatée après sinistre entraîne une réduction proportionnelle d'indemnisation.

4.6. Fraude

Dans l'hypothèse où l'assureur démontrerait une fraude commise par l'*assuré* ou les bénéficiaires couverts par le présent contrat, l'assureur se réserve le droit de demander le remboursement des sommes trop payées au titre des prestations de santé, dans le respect des procédures réglementaires. La fraude inclut la manipulation délibérée des données médicales ou des documents médicaux (y compris factures, notes d'honoraires).

4.7. 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*.

4.8. Fin du contrat ou de l'adhésion

4.8.1. À votre initiative

Vous pouvez mettre fin à votre contrat ou à votre adhésion :

- à chaque échéance annuelle en notifiant votre résiliation avec un préavis minimum de 2 mois. La date d'expédition de votre notification de résiliation fait foi pour le respect du délai ;
- à l'échéance principale, en cas de hausse de tarif à l'initiative de l'assureur ne provenant pas d'une modification législative ou réglementaire. Si votre demande de résiliation nous est adressée dans les 30 jours qui suivent l'envoi de l'avis d'échéance, la résiliation prendra alors effet :
 - à la date d'échéance principale du contrat si la demande a été reçue avant cette échéance,
 - au lendemain de la date d'envoi de la notification de résiliation sinon ;

- si un changement dans votre situation justifie une modification de votre couverture. La demande de résiliation doit nous être notifiée dans les 3 mois qui suivent la survenance de l'évènement, accompagnée de l'un des justificatifs suivants :
 - attestation d'affiliation à un nouveau *régime obligatoire* provoquant un impact sur votre tarif (Régime général, AMEXA, Régime local d'Alsace Moselle) ;
 - attestation d'adhésion à un organisme gérant votre Complémentaire santé solidaire ;
 - attestation de l'employeur de votre adhésion à un contrat collectif ;
 - attestation sur l'honneur de votre déménagement à l'étranger précisant que *vous* n'êtes plus résident fiscal français ou que *vous* n'êtes plus couvert par un *régime obligatoire* français d'assurance maladie.

La résiliation prend effet 1 mois après réception de votre notification de résiliation ;

- à tout moment sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription ou de la première adhésion. Dans ce cas, la résiliation prend effet 1 mois après la réception de votre notification de résiliation.

Dans ces 4 hypothèses, votre demande de résiliation doit nous être notifiée conformément à l'article L. 113-14 du Code des assurances :

Par lettre simple ou recommandée envoyée à l'adresse postale dédiée mise à votre disposition sur notre **site internet axa.fr** de manière à accélérer la prise en compte de votre demande, à défaut, à l'adresse de notre siège social.

Par voie électronique selon les modalités précisées sur notre **site internet axa.fr**, que *vous* ayez ou non procédé à une souscription électronique, ou choisi ultérieurement la relation électronique pour l'exécution de votre contrat.

À réception de la notification, une confirmation écrite *vous* sera adressée précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

Vous n'êtes redevable que de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas de trop-perçu, le solde éventuel *vous* sera remboursé dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. En cas de restant dû, il devra être acquitté selon les dispositions concernant le règlement des cotisations prévues au paragraphe « Vos cotisations ».

Si votre résiliation a pour motif la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel assureur et que celui-ci effectue les formalités de résiliation pour votre compte, les garanties de votre contrat seront maintenues, sous réserve du paiement des cotisations, jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance.

4.8.2. À notre initiative

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

- si *vous* ne réglez pas vos cotisations, 40 jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure ;
- si *vous* ne remplissez plus les conditions d'*admission* à la souscription ou à l'adhésion.

4.8.3. En cas de décès

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

4.9. 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 le produit Ma Santé que *vous* détenez, *vous* pouvez demander à tout moment l'ajout d'un *assuré*. L'ajout se fera au tarif en vigueur.

Tant que nous commercialisons le produit Ma Santé que *vous* détenez, *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.

4.10. Expertise médicale

À tout moment, nous pouvons vous demander, outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, des pièces complémentaires ou des examens afin d'apprécier votre situation vis-à-vis des garanties prévues au contrat. Ces informations médicales doivent être transmises au Médecin conseil d'AXA selon la procédure définie dans le chapitre « Protection de vos données de santé » de vos *Conditions personnelles*.

Les décisions de l'assureur, prises en fonction des conclusions du Médecin conseil, vous sont notifiées par courrier recommandé ; elles s'imposent à vous si vous n'en avez pas contesté le bien fondé, par lettre recommandée, dans les 2 mois suivant leur envoi, au moyen d'une attestation médicale détaillée. **Elles peuvent nous conduire à cesser, à refuser ou à réduire le versement de nos prestations.**

En cas de désaccord entre l'assureur et vous (ou vos ayants droit en cas de décès), chaque partie désignera un médecin. En cas de divergence entre ces 2 premiers médecins, ceux-ci s'en adjoignent par voie amiable ou judiciaire, un 3^e pour les départager.

Les honoraires et les frais relatifs à l'intervention de chacun des 2 premiers médecins sont à la charge de la partie qui l'a désigné, ceux concernant le 3^e médecin sont supportés par moitié par les 2 parties.

4.11. 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.

4.12. Contrat responsable

Les formules Ma Santé 100 % (PTF ou Néó), Ma Santé 125 % (PTF ou Néó), Ma Santé 150 % (PTF ou Néó), Ma Santé 200 % (PTF ou Néó) 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 et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente (optique, dentaire et aides auditives).

Vous bénéficiez également du tiers payant pour la prise en charge des consultations auprès de psychologues dans le cadre du dispositif Mon soutien psy.

4.13. Labellisation pour les agents territoriaux

4.13.1. 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 Néó), Ma Santé 125 % (PTF ou Néó), Ma Santé 150 % (PTF ou Néó), Ma Santé 200 % (PTF ou Néó) avec ou sans modules complémentaires sont labellisées conformément au décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011.

4.13.2. 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 10 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.

4.13.3. 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.

4.14. 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 deuxième point, 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 ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'*assuré* en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'*assuré* à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L 114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (article 2240 du Code civil) ;
- la demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;
- l'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242 du Code civil) ;

- **l'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;**
- **le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil) ;**
- **l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du Code civil) ;**
- **l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code civil).**

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

4.15. Réclamations

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours possible à la Médiation de l'assurance.

Comment adresser votre réclamation ?

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser à votre interlocuteur AXA habituel (ses coordonnées sont indiquées sur vos courriers et sur votre Espace Client en ligne) ou au service clients avec lequel vous êtes en relation, ou, à tout moment, au Service Réclamations :

- **via le formulaire de contact** ou **depuis votre Espace Client AXA** sur axa.fr ;
- ou **par courrier**, à l'adresse suivante : **AXA France - Réclamations - TSA 46307 - 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9.**

Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de 10 jours.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de 60 jours.

La saisine du médiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

- 2 mois après votre première réclamation écrite, que vous ayez reçu une réponse ou non de notre part ;
- et, en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre première réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire :

- par **voie électronique** sur le site **mediation-assurance.org** ;
- ou par **courrier**, à l'adresse suivante : **La Médiation de l'assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.**

L'intervention du Médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet. Les deux parties, vous-même et AXA, restent libres de suivre ou non la proposition du Médiateur.

Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

4.16. Vente à distance et démarchage

4.16.1. 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, Prestations santé individuelle, TSA 16304, 95901 Cergy Pontoise Cedex 9.

« 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 compléter] 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

4.16.2. 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, Prestations santé individuelle, TSA 16304, 95901 Cergy Pontoise Cedex 9.

« 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 compléter] 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.

4.17. 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

4.18. 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.

4.19. Législation relative aux traitements des données à caractère personnel

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

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

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

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances).

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

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

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

Pour plus d'informations, consultez axa.fr/donnees-personnelles.html.

4.20. Sanctions internationales

4.20.1. Conséquences pour l'assureur

Dans l'exercice de ses activités, l'assureur est soumis de plein droit aux législations et réglementations d'ordre public édictées par la France, l'Union Européenne et le pays dans lequel l'assureur a son siège social, y compris dans le domaine des *Sanctions Internationales* qui peuvent lui interdire d'exécuter les obligations résultant d'un contrat d'assurance telles que :

- couvrir un risque et/ou ;
- payer une somme d'argent ou fournir une prestation.

Par ailleurs, le non-respect par l'assureur d'autres *Sanctions Internationales* peut exposer ce dernier, ses employés ou les sociétés du groupe auquel il appartient, à des risques de sanctions réglementaires, administratives, civiles, et/ou pénales. Par conséquent, l'assureur doit également veiller à la conformité de ses activités avec les *Sanctions Internationales* édictées par les États-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni, l'ONU et le pays du siège social de la société mère du groupe de l'assureur.

4.20.2. Effets sur l'exécution du contrat

4.20.2.1. Suspension de l'obligation de couverture d'un risque

Lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs *Sanctions Internationales* visées au paragraphe « Conséquences pour l'Assureur » ci-dessus, l'exécution de l'obligation de l'assureur de couvrir un risque en application du présent contrat est suspendue, dès leur entrée en vigueur. Cette suspension cesse à compter du jour où lesdites *Sanctions Internationales* cessent d'affecter l'obligation de l'assureur. Aucun sinistre survenu pendant la période de suspension ne pourra donner lieu à garantie.

4.20.2.2. Suspension de l'obligation de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation

Lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs *Sanctions Internationales* visées au paragraphe « Conséquences pour l'Assureur » ci-dessus, l'exécution de l'obligation de l'assureur de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation en application du présent contrat est suspendue, dès leur entrée en

vigueur. Cette suspension s'applique notamment dans le cadre d'un sinistre ou d'un remboursement total ou partiel de prime. Toute somme contractuellement due par l'assureur et dont le paiement aurait été reporté du fait des *Sanctions Internationales* redeviendra exigible à compter du jour où lesdites *Sanctions Internationales* cessent d'affecter l'obligation de l'assureur. Il en est de même, lorsque cela est possible, de la fourniture de la prestation qui avait été ainsi suspendue.

L'assureur devra vous informer, par écrit motivé, de tout refus de prise en charge d'un sinistre en raison de l'existence d'une ou plusieurs *Sanctions Internationales*.

5. LEXIQUE

Les mots en italique figurant dans ces Conditions générales ont pour seule signification celle précisée dans le chapitre « Lexique ».

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 thermique

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 que l'Assisteur 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 échappant au contrôle du débiteur, qui ne pouvait être raisonnablement prévu lors de la conclusion du contrat et dont les effets ne peuvent être évités par des mesures appropriées, qui empêche l'exécution de son obligation par le débiteur.

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. Vos garanties frais de santé

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. Vos garanties d'assistance

Frais d'hôtels (petit-déjeuner inclus) et de taxi nécessaires à la mise en œuvre des prestations que l'Assisteur organise et prend en charge au titre du présent Contrat. Toute solution de logement provisoire que l'Assisteur 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 direct 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 Soins courants 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. Vos garanties frais de santé

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Son montant est de :

- 1 € par boîte de médicaments ;
- 1 € par acte paramédical ;
- 4 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 4 € par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 8 € par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la C2S et de l'Aide Médicale de l'État, femmes enceintes (du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour après l'accouchement), les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

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

Chapitre 3. Vos garanties d'assistance

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 est la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie. Il s'agit notamment des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements, des orthèses et prothèses externes, des dispositifs médicaux implantables et des véhicules pour handicapés physiques.

Médecine douce

Au titre de ce contrat la médecine douce s'entend comme une prestation d'ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, de pédicure-podologue, de psychologue ou de psychothérapeute. Se reporter au chapitre correspondant pour plus de détails 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

Participation forfaitaire de 2 € 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 Complémentaire Santé Solidaire (C2S) ou de l'Aide Médicale de l'État (AME).

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

La participation forfaitaire de 2 € 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.

Sanctions Internationales

Toutes mesures restrictives financières ou commerciales décidées par un État ou une Organisation Internationale / Supranationale à l'encontre d'autres États, de territoires, de personnes (physiques ou morales) et/ou d'entités (de droit public ou privé).

Ces Sanctions Internationales peuvent notamment prendre les formes suivantes :

- interdictions ou restrictions d'importations ou d'exportations (embargos) ;
- confiscations, saisies, gels de biens ou d'avoirs ;
- interdictions ou restrictions de certaines activités industrielles, commerciales ou de services en particulier financiers dont assurantiels.

Ces Sanctions Internationales sont évolutives tant par leur nature que dans leurs domaines d'application. Elles sont publiques et peuvent être consultées sur les sites internet des États et des Organisations Internationales / Supranationales.

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 de l'Assisteur.

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 ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une Affection de Longue Durée (ALD)...

Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 24€) pour certains actes dits « lourds ».

La participation forfaitaire, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble des frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

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 et 4, 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 :

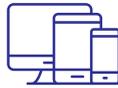
- ne pas communiquer vos taux de remboursement aux professionnels de santé ;
- privilégier les médecins de secteur 1 ;
- privilégier si possible le recours aux professionnels partenaires (opticiens, chirurgiens dentistes, audioprothésistes, chirurgie réfractive, ostéopathes/chiropracteurs, psychologues 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



CONFIANCE, PRÉVENTION, ENVIRONNEMENT, SOLIDARITÉ :
avec AXA, faites le choix d'une entreprise engagée. Nos offres citoyennes contribuent au respect de la planète, de tous et de chacun. Nos actions concrètes et la grille d'évaluation sont accessibles sur axa.fr/demarche-citoyenne



Vos services en ligne

Gagnez du temps en utilisant
votre Espace Client sur
axa.fr ou **l'appli Mon AXA**

AXA vous répond sur :

