

Assurance complémentaire santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : AXA France Vie. Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des Assurances - Siren : 310 499 959

Produit : **Ma Santé**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne peut remplacer un accompagnement personnalisé par un de nos conseillers. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans les tableaux de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit Ma Santé est un contrat d'assurance complémentaire santé modulaire, destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des bénéficiaires du contrat, en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Il intervient principalement en complément de la Sécurité Sociale mais couvre également des garanties non prises en charge par la Sécurité sociale (SS). Ce contrat propose des solutions éligibles au dispositif fiscal Madelin.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans les tableaux de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

Dans notre contrat « hospitalisation »

- ✓ Hospitalisation et maternité : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, Chambre particulière, Lit accompagnant

Dans tous nos autres contrats

- ✓ Hospitalisation et maternité : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport
- ✓ Soins courants et prescriptions médicales : consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursés à 65 % et 30 % par la Sécurité Sociale)
- ✓ Frais d'optique : lunettes (monture et verres), lentilles de contact, opérations des yeux par laser
- ✓ Frais dentaires : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie, implants dentaires
- ✓ Appareillages : audioprothèses, prothèses et orthèses

LES GARANTIES OPTIONNELLES :

Chambre particulière, lit accompagnant
Médecine douce
Pharmacie à SMR faible (remboursée à 15 % par la SS)
Pharmacie prescrite et non remboursée par la SS
Cure thermale

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT INCLUS :

- ✓ Réseau de partenaires à tarifs négociés (opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires), sauf contrat « hospitalisation »
- ✓ Site Web orientation hospitalière

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT INCLUSE :

- ✓ Aide-ménagère, garde-malade, soutien scolaire, garde-enfants, garde-animaux

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les frais d'hospitalisation en long séjour ou en établissements médico-sociaux
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! Les pénalités appliquées par la Sécurité Sociale pour non-respect du parcours de soins : majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Hospitalisation et maternité :
 - Vos frais d'hospitalisation sont limités les 3 premiers mois d'assurance au ticket modérateur, sauf en cas d'accident ou de reprise du contrat à la concurrence.
 - La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 30 jours par année d'assurance en moyen séjour.
 - La prise en charge des frais de chirurgie esthétique (à l'hôpital ou en cabinet) est limitée au ticket modérateur, sauf si elle est consécutive à un accident ou aux conséquences d'une pathologie documentée
- ! Soins courants :
 - La prise en charge des consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie est limitée au ticket modérateur à partir de la 7^e consultation
 - Le nombre de séances de médecine douce est limité à 3 par an et par assuré pour les contrats bénéficiant de la garantie, excepté sur la formule de garanties la plus élevée du produit où cette limite est portée à 10
- ! Frais d'optique :
 - la prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue)



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins sont dispensés à l'étranger, nous intervenons en complément et sur la base du régime d'assurance maladie obligatoire français.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie :

À la souscription du contrat

- Répondre aux questions posées par des informations complètes et exactes concernant vos données personnelles.
- Pour les 2 formules de garanties les plus élevées, répondre au questionnaire médical simplifié.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.
- Payer votre cotisation.

En cours de contrat

- Déclarer tout changement concernant les informations nécessaires à la bonne gestion du contrat (coordonnées, numéro de Sécurité Sociale, RIB).
- Déclarer les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence de modifier le risque (changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité, changement de profession). Dans ces cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de sa cotisation.
- Transmettre les factures justificatives et autres documents nécessaires selon les modalités prévues dans les conditions générales / notice d'information.
- Payer vos cotisations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Vos cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique en fractionnement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel. Elles sont également payables par chèque ou TIP en fractionnement trimestriel, semestriel ou annuel.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord. La durée du contrat est d'un an, renouvelable par tacite reconduction. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale de votre contrat ou de votre adhésion, en nous adressant une lettre recommandée au moins 2 mois avant cette date,
- en cas d'adhésion au contrat collectif obligatoire de votre employeur,
- en cas de hausse de tarif à l'initiative de l'assureur sauf si celle-ci est la conséquence d'une modification législative ou réglementaire.