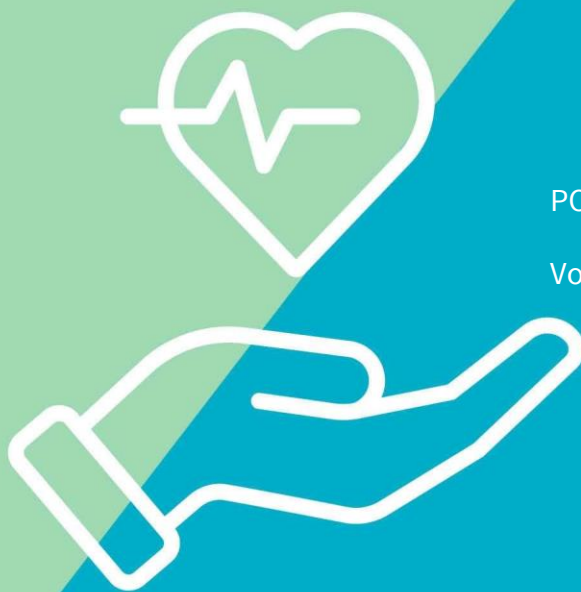




Solutions AXA
pour les entreprises
Santé

Conditions générales Santé



POUR LA FONDATION NATIONALE ALFRED KASTLER

Votre contrat n° 228155689

 assurance **citoyenne**

SOMMAIRE

BIEN COMPRENDRE VOS CONDITIONS GÉNÉRALES

Chapitre	Article	Page
	PRÉAMBULE.....	3
1.	Les dispositions relatives à votre contrat	4
1.1	Votre contrat	4
1.2	La durée de votre contrat.....	4
1.3	La révision de votre contrat.....	5
1.4	Les cotisations	5
1.5	Ce que vous devez nous déclarer	6
1.6	La mutualisation des opérations liées a votre contrat	7
1.7	Les informations dues aux adhérents	7
1.8	Les réclamations.....	8
1.9	La prescription.....	8
1.10	Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale.....	10
1.11	Les mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	10
2.	Les dispositions relatives aux bénéficiaires	11
2.1	Le groupe assuré.....	11
2.2	Les bénéficiaires de la garantie.....	11
2.3	Les conditions d'adhésion	12
3.	Les dispositions relatives à la garantie frais de santé	13
3.1	Nos remboursements de la garantie Frais de santé.....	13
3.2	Les documents nécessaires au remboursement	17
4.	Bien-être et prévention	19
4.1	My Easy Santé	19
4.2	La santé au travail : aider le souscripteur à jouer son rôle d'acteur de santé avec Préventelis.....	19
5.	Santé au quotidien	20
5.1	Téléconsultation	20
6.	Accompagnement dans les moments difficiles	21
6.1	Les services d'assistance dont vous bénéficiez.....	21
6.1.1.	Pendant l'hospitalisation ou l'immobilisation	21
6.1.2.	Après l'hospitalisation ou l'immobilisation.....	22
6.1.3.	Assistance en cas de déplacement à plus de 50 km du domicile.....	22
6.1.4.	Mise en oeuvre des services d'assistance.....	23
7.	Définitions	24
7.1	Définitions générales à votre contrat	24
7.2	Définitions applicables aux services d'assistance	34

PRÉAMBULE

Votre contrat est constitué des documents suivants :

- Les Conditions générales

Elles exposent l'ensemble des dispositions du contrat et de la garantie Frais de santé ; elles précisent la liste des documents nécessaires au règlement de nos prestations.

- Les Conditions particulières

Elles indiquent les montants de nos prestations ; elles peuvent éventuellement prévoir des dérogations aux Conditions générales et priment dans ce cas sur ces dernières.

Dans ce contrat, nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- Le souscripteur désigne la personne morale qui a conclu un contrat pour les personnes appartenant au groupe assuré ; il sera le plus souvent désigné par « vous » ;
- L'assureur est la société d'assurance qui garantit le risque souscrit ; il sera le plus souvent désigné par « nous » ;
- Le groupe assuré renvoie à la totalité des personnes pour lesquelles vous avez conclu ce contrat Frais de santé ; il est défini aux Conditions particulières ;
- L'adhérent est le membre du groupe assuré ;
- Les bénéficiaires sont l'adhérent et ses ayants droits définis à l'article 2.2 « Les bénéficiaires de la garantie » relevant de l'article 2 « Les dispositions relatives aux bénéficiaires ».

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le chapitre Définitions.

1. Les dispositions relatives à votre contrat

1.1 Votre contrat

Votre contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative qui nous engage, **vous** le souscripteur et **nous**, l'assureur. Nous sommes conjointement désignés aux **Conditions particulières**.

Ce contrat est régi par le Code des assurances. Notre autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 4 place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Votre contrat a pour objet de garantir le remboursement total ou partiel des dépenses de santé décrites dans les pages suivantes et réalisées entre la date de début et la date de fin de la garantie.

1.2 La durée de votre contrat

La date d'effet

Le contrat prend effet à la date indiquée dans vos **Conditions particulières**. Ce dernier court jusqu'au 31 décembre de chaque année et est ensuite reconduit tous les 1^{er} janvier par **accord tacite**.

Vous pouvez modifier votre contrat à tout moment. Les nouvelles conditions prennent alors effet le 1^{er} janvier de l'année suivant notre accord, ou avant cette date d'un commun accord.

La résiliation

À votre initiative :

Vous pouvez résilier votre contrat :

- À l'échéance annuelle de son renouvellement, en notifiant votre résiliation avec un préavis minimum de deux mois, la date d'expédition de la notification faisant foi pour le respect du délai.
- À tout moment sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de votre notification de résiliation.

La 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
- Par voie électronique selon les modalités précisées sur notre site internet axa.fr

A réception de votre 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 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 à l'article « Les cotisations ».

Les dispositions relatives à votre contrat

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 sont maintenues, sous réserve du paiement des cotisations jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance.

À notre initiative :

Nous pouvons résilier le contrat par lettre recommandée au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle de son renouvellement, le cachet de la poste faisant foi.

1.3 La révision de votre contrat

Une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou de la portée de nos engagements. Dans ce cas, nous procédons à la révision de votre contrat. Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer à votre contrat, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

Si nous n'arrivons pas à un accord sur cette révision, chacun d'entre nous pourra mettre fin au contrat selon les modalités ci-dessous :

- Vous devrez nous adresser votre notification de résiliation selon les modalités prévues en cas de résiliation à votre initiative. La résiliation prendra effet un mois après la réception de votre notification. Si votre notification est envoyée moins d'un an après la première souscription de votre contrat, la résiliation prendra effet à la fin du trimestre civil au cours duquel la notification nous a été envoyée.
- Nous vous notifierons la résiliation par lettre recommandée. La résiliation prendra alors effet à la fin du trimestre civil suivant la date d'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi.

1.4 Les cotisations

Le montant de la cotisation

Le montant des cotisations est indiqué dans vos Conditions particulières en euros.

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

Indexation

Nous mettons en place une indexation annuelle des cotisations à compter du 1^{er} janvier de chaque année.

Cette indexation majore votre cotisation selon l'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

L'évolution de la consommation de soins et biens médicaux retenue est la moyenne des deux derniers taux d'évolution de la consommation de soins et biens médicaux tels que recensés dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé.

Les cotisations pourront également être revues en fonction des résultats techniques de votre périmètre de mutualisation et de tout élément de nature à modifier le risque assuré (démographie, dérive des prestations, évolution de la réglementation ou des remboursements des régimes obligatoires, etc.).

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

Les modalités de règlement des cotisations

• Le règlement des cotisations

Le montant de la cotisation due pour l'adhérent et pour chaque bénéficiaire de la garantie est fixé en fonction de la durée de séjour et est exprimé en euros. Il est déterminé en fonction de la formule choisie, de l'âge de l'adhérent et celui de ses bénéficiaires l'année d'échéance. L'âge est déterminé au 1^{er} janvier de l'année par différence de millésime.

Les bénéficiaires du contrat doivent être désignés par l'adhérent sur son bulletin d'adhésion et la cotisation correspondante doit être payée.

La cotisation est payable d'avance pour toute la durée du séjour en France de l'adhérent. Elle est due à partir du 1^{er} jour du mois du séjour. Le règlement est effectué par prélèvement automatique sur son compte bancaire. Le paiement de la cotisation doit être effectué dans les dix jours suivant leur échéance, l'adhésion restant en vigueur pendant ce délai.

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

Les cotisations sont réajustées à compter du 1^{er} janvier en fonction de l'année de naissance de l'adhérent et de celle de ses bénéficiaires.

En cas de changement d'adresse, les cotisations sont réajustées au plus tard à compter du 1^{er} jour du 2^{ème} mois qui suit la date de réception.

• En cas de non-règlement des cotisations

Vous êtes seul responsable du règlement des cotisations pour les adhérents. S'il ne nous parvient pas dans les délais précisés ci-dessus, nous vous adressons une mise en demeure par lettre recommandée dont les conséquences sont les suivantes (article L.113-3 du Code des assurances) :

- La suspension de votre garantie 30 jours après son envoi,
- La résiliation de votre contrat, sans autre avis, 10 jours plus tard, soit 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Le règlement complet des cotisations doit nous parvenir avant l'expiration du délai de 40 jours. À défaut, le contrat sera résilié.

1.5 Ce que vous devez nous déclarer

À la mise en place de ce contrat, vous nous fournissez :

- Pour chaque adhérent, un bulletin individuel d'adhésion.

En cours de contrat, vous nous transmettez :

- Le bulletin individuel d'adhésion accompagné des informations ci-dessous pour tout nouvel arrivant dans le groupe assuré,
- Dans les plus brefs délais et avant 30 jours, les informations relatives aux changements de situation de famille,
- Dans les plus brefs délais et avant 30 jours, les informations concernant les adhérents qui sortent du groupe assuré,
- La liste nominative des adhérents et de leurs ayants droit bénéficiant de la garantie Frais de santé, leurs sexes, leurs dates de naissance.

Vous devez nous déclarer les événements de toute nature 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 l'assureur à la souscription du contrat.

1.6 La mutualisation des opérations liées à votre contrat

Les prestations et les cotisations de votre contrat sont mutualisées avec celles des autres contrats santé souscrits auprès de l'assureur.

1.7 Les informations dues aux adhérents

Vous êtes légalement tenu :

- De remettre aux adhérents un exemplaire de la Notice d'information que nous vous fournissons. Y sont précisées, notamment, les garanties, les modalités d'entrée en vigueur des garanties ainsi que les formalités en cas de sinistre,
- D'informer ces adhérents des éventuelles modifications apportées au contrat.

En cas de litige, il vous incombe d'apporter la preuve que vous avez remis cette Notice d'information et que vous avez communiqué les éventuelles modifications aux adhérents.

1.8 Les réclamations

En cas de réclamation

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

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

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

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

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

Si aucune solution n'a été trouvée, dans un délai d'un an à compter de la date de réception de la réclamation écrite que vous nous avez adressée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en vous adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

Par le site internet : mediation-assurance.org.

Par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

L'intervention du médiateur est gratuite.

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

1.9 La prescription

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

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

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L114-2 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.

1.10 Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Dans le cadre des mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale, nous tenons à préciser que :

Nous, AXA, ne sommes pas réputés fournir une couverture de risques et nous ne serons pas responsables ni tenus de payer une indemnité ou de fournir des prestations en découlant dans la mesure où la fourniture d'une telle couverture, le paiement d'une telle réclamation ou la fourniture de ces prestations nous exposerait à une sanction, une interdiction ou une restriction en vertu des résolutions des Nations Unies ou à des sanctions, des lois ou des règlements à caractère économique ou commercial de l'Union européenne, du Royaume-Uni ou des États-Unis d'Amérique.

1.11 Les mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Dans le cadre des mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, nous tenons à préciser que :

Nous, AXA, en notre qualité d'organisme financier, sommes soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du Code monétaire et financier (articles L561-1 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 adhérents. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devront être actualisés notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit de l'adhérent.

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.

2. Les dispositions relatives aux bénéficiaires

2.1 Le groupe assuré

Sont admissibles au présent contrat, les étudiants, doctorants, post-doctorants et professeurs résidant en France, enregistrés dans ALFRED® ; base de données développée par la Fondation Nationale Alfred Kastler service de la CIUP, âgés de moins de 65 ans, à l'exception des étudiants, doctorants, post-doctorants et professeurs bénéficiant d'un visa sanitaire.

Une fois admis dans l'assurance, chaque assurable acquiert la qualité « d'adhérent » et peut donc prétendre au bénéfice des garanties contractuelles.

2.2 Les bénéficiaires de la garantie

L'adhérent et ses ayants droit bénéficient de la garantie. Les ayants droit sont les membres de sa famille définis ci-après :

- Son conjoint non divorcé ni séparé judiciairement sous réserve de fournir un exemplaire de l'acte de mariage,
- Le partenaire d'une union civile, sous réserve de fournir un exemplaire de l'acte d'union civile ou une attestation sur l'honneur de vie commune,
- Le concubin sous réserve de la fourniture d'un certificat de concubinage notoire délivré par l'autorité compétente ou à défaut, d'une attestation sur l'honneur de vie commune,
- Ses enfants et ceux de son conjoint :
 - Les enfants âgés de moins de 18 ans de l'adhérent et ceux du conjoint, du concubin ou du partenaire d'une union civile,
 - Les enfants âgés de 18 ans à moins de 26 ans de l'adhérent et ceux du conjoint, du concubin ou du partenaire d'une union civile, à condition de remplir l'une des conditions suivantes :
 - Ils poursuivent des études secondaires ou supérieures, sous réserve de fournir un certificat de scolarité chaque année,
 - Ils sont à la recherche d'un premier emploi et ont terminé leurs études depuis moins de six mois, sous réserve de fournir une attestation de demandeur d'emploi.
 - Quel que soit leur âge, les enfants qui ont le statut de personnes handicapées et perçoivent une allocation, soit lorsque leur état nécessite l'aide effective d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne ou soit requiert une surveillance régulière.

Un document officiel délivré par une autorité compétente attestant de leur handicap ou un rapport médical détaillant l'état du handicap.

2.3 Les conditions d'adhésion

Pour l'adhérent

- Il appartient au groupe assuré,
- Il est âgé de moins de 65 ans,
- Il bénéficie d'un contrat de travail ou doctorant en vigueur.

La durée de la garantie

Le début de la garantie

Le membre du groupe assuré bénéficie de notre garantie dès la date d'adhésion, sous respect des conditions d'adhésion et du paiement des cotisations, à condition que le contrat de travail ou doctorant de celui-ci soit en vigueur à cette date.

La fin de la garantie

L'adhérent cesse de bénéficier de la garantie dès :

- Qu'il sort du groupe assuré,
- À la date de fin de séjour déclarée lors de l'adhésion et pour lequel la cotisation a été payée,
- La résiliation de ce contrat.

Pour ses ayants droit

Les ayants droit de l'adhérent bénéficient de la garantie au plus tôt à la date d'admission à l'assurance de l'adhérent lorsque les intéressés figurent sur le bulletin individuel d'affiliation initial de l'adhérent et s'ils répondent à la définition des ayants droit visée au paragraphe 2.2 « Les bénéficiaires de la garantie ».

- Lorsque la situation de famille de l'adhérent change postérieurement à sa date d'admission à l'assurance, les nouveaux ayants droit qui répondent à la définition des ayants droit visée au paragraphe 2.2 « Les bénéficiaires de la garantie », sont admis à l'assurance dès la date dudit changement, à condition que la demande soit envoyée à l'assureur ou à son délégataire dans les 30 jours qui suivent ladite date,
- À défaut, les nouveaux ayants droit sont réputés être admis à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande d'admission.

La cessation de l'assurance pour l'adhérent s'applique à ses ayants droit à la même date.

3. Les dispositions relatives à la garantie frais de santé

La garantie a pour objet le remboursement au 1^{er} euro, des frais médicaux engagés par l'adhérent et ses ayants droit, tels que listés et dans les modalités prévues ci-dessous, et exposés pendant la période d'assurance.

Les prestations de remboursement des frais de santé ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables de la situation du bénéficiaire, pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L131-2 du Code des assurances).

3.1 Nos remboursements de la garantie Frais de santé

Les frais médicaux ouvrant droit à prestation sont ceux visés à ci-après et :

- Qui ont été exposés entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance,
- Qui auraient donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale française si l'adhérent y avait été affilié, à l'exception des actes de frais médicaux pris en charge par le présent contrat non couverts par la Sécurité sociale française,
- Sous réserve des conditions de prise en charge et des exclusions visées ci-dessous.

Aucune restriction n'est imposée quant au choix du médecin ou de l'établissement de santé à condition que les praticiens ou les établissements de santé soient agréés par les autorités médicales et que les soins soient prodigués par des praticiens exerçant dans le champ de leur agrément.

Les frais que nous prenons en charge

Nous remboursons les soins dont la date est comprise entre le début et la fin de la garantie.

Les frais médicaux doivent avoir été exposés dans un établissement hospitalier public ou dans un établissement hospitalier privé régulièrement autorisé, c'est-à-dire que les médecins et praticiens qui exécutent l'acte ou le prescrivent, se conforment aux règles législatives, réglementaires ou de toute autre source locale, applicables à l'exercice de leur profession.

- Les frais médicaux sont les dépenses supportées par le bénéficiaire, relatives à des actes effectués par un médecin régulièrement autorisé et prescrits par un médecin régulièrement autorisé et effectués par un praticien lui aussi régulièrement autorisé,
- Les prestations ne seront payées par l'assureur que dans la mesure où les dépenses sont RAISONNABLES ET HABITUELLES. La prise en charge de l'assureur se limite aux frais réellement engagés et, dans tous les cas, à ce qui est raisonnable, soit, le montant le plus bas entre le coût demandé par le fournisseur de soins et le coût qui prévaut dans la même région pour un service semblable offert par des fournisseurs de soins de niveau professionnel identique,
- Le coût RAISONNABLE ET HABITUEL d'un service varie suivant le type de traitement, la structure médicale, la qualité du service et de l'équipement, le pays et la ville où les soins sont prodigués. Ces éléments sont objectivés à partir des informations et données recueillies quotidiennement par le délégataire de gestion. Le cas échéant, en cas d'abus constaté, l'assureur se réserve le droit de limiter le remboursement des frais de santé et coûts annexes, ainsi que la durée de l'hospitalisation, à l'aune des critères objectifs précités,

Les dispositions relatives à la garantie frais de santé

- LE PRÉSENT CONTRAT N'EST PAS DESTINÉ À ÊTRE UNE SOURCE DE PROFIT. LES REMBOURSEMENTS COMBINÉS DE L'ASSUREUR, DE TOUTE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE OU INDIVIDUELLE ET/OU ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE NE DOIVENT PAS EXCÉDER LES FRAIS RÉELS POUR LES SOINS MÉDICAUX REÇUS PAR LA PERSONNE ASSURÉE EN CAS DE MALADIE, D'ACCIDENT OU DE MATERNITÉ.

Ainsi, nous prenons notamment en charge les frais suivants, réalisés entre la date de début et la date de fin de garantie :

HOSPITALISATION

- Les frais de séjour, y compris les produits de la LPP (Liste des Produits et Prestations) facturables et les spécialités pharmaceutiques,
- Les honoraires médicaux et chirurgicaux,
- Le forfait actes lourds,
- Le forfait journalier sans limitation de durée,
- La chambre particulière.

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

L'indemnisation :

- Des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours remboursés par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation,
- Des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale, est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà, nous garantissons le ticket modérateur.

DENTAIRE

- Les consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie et la chirurgie,
- Les prothèses fixes, et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations) remboursés par la Sécurité sociale,
- L'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale.

Les dispositions relatives à la garantie frais de santé

SOINS COURANTS

- Les consultations des médecins généralistes et spécialistes et les visites,
- Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes),
- Les examens médicaux (analyses biologiques, radiographies, actes d'imagerie, échographies et dopplers...)
- Les appareillages et autres prothèses diverses : pansements, béquilles, prothèses mammaires, capillaires...

AIDES AUDITIVES

- Les prothèses auditives.

AUTRES POSTES

- Les frais de transport.

PRÉVENTION

- Les vaccins non remboursés par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché,
- Une consultation prescrite par un médecin chez un diététicien par enfant de moins de 12 ans,
- Le test de dépistage de l'hépatite B,
- Un détartrage sus et sous gingival effectué en 2 séances,
- Le test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (Test HPV) non pris en charge par la Sécurité sociale.

OPTIQUE

- La monture,
- Les verres,
- Les lentilles de contact correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale.

Les dispositions relatives à la garantie frais de santé

EXCLUSIONS

Tous les risques sont garantis sous réserve des exclusions prévues par le Code des assurances et excepté les conséquences d'accidents ou de maladies qui sont le fait volontaire de l'adhérent ou du bénéficiaire et qui résultent de tentative de suicide.

En outre, ne donnent pas lieu à prestations de l'assureur, les frais :

- Engagés avant la date d'entrée en vigueur de la garantie ou après sa date de cessation ou encore à la date de résiliation du contrat,
- Non prescrits par une autorité médicale compétente,
- Engagés en dehors du territoire métropolitain,
- De traitements esthétiques, opérations de chirurgie esthétique, traitements de malformations constitutionnelles à caractère esthétique,
- De recherche et traitement de la stérilité,
- De procréation médicalement assistée,
- Consécutifs à des soins ou interventions ayant pour but de remédier à toutes anomalies, infirmités ou malformations congénitales,
- Les frais afférents au bilan de santé.

Sous peine de déchéance de la garantie, l'accord préalable de l'assureur est nécessaire dans les cas où il serait normalement exigé par la Sécurité sociale française notamment :

- Fourniture d'appareils de prothèse et d'orthopédie,
- Prothèse dentaire,
- Radiothérapie et électrothérapie, rayonnement divers,
- Kinésithérapie, auxiliaires médicaux.

Soins engagés hors de France Métropolitaine

Les garanties sont étendues aux actes et frais engagés dans les départements d'outre-mer ou à l'étranger lors de missions professionnelles hors du pays d'origine de l'adhérent sous réserve :

- De l'envoi avant le départ de la lettre de mission professionnelle,
- Que ces actes et frais engagés soient liés à une situation d'urgence.

Seuls les frais occasionnés pour l'adhérent sont susceptibles d'être pris en charge.

Les dispositions relatives à la garantie frais de santé

3.2 Les documents nécessaires au remboursement

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE
HOSPITALISATION	
	<p>Selon la facturation dont relève l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La facture acquittée et détaillée (*), • L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement, • Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires (*).
DENTAIRE	
Pour les prothèses	La facture acquittée et détaillée de tous les actes mentionnant en particulier le numéro des dents soignées (*)
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
Les médicaments remboursés par la Sécurité sociale	La facture acquittée et détaillée (*)
LES APPAREILLAGES ET AUTRES PROTHESES DIVERSES (AUTRES QUE LES PROTHESES DENTAIRES ET AUDITIVES)	
En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale	La facture acquittée et détaillée (*)
AIDES AUDITIVES	
En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale.	La facture acquittée et détaillée (*)
AUTRES POSTES	
Frais de transport	La prescription médicale et la facture acquittée et détaillée du transporteur (*)
PRÉVENTION	
Les actes de prévention	
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin	La prescription médicale et la facture acquittée et détaillée (*)
Consultation, prescrite par un médecin, chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	
Test HPV	La facture acquittée et détaillée (*)

Les dispositions relatives à la garantie frais de santé

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE
OPTIQUE	
Pour les lunettes ou l'implant intraoculaire multifocal	La facture acquittée et détaillée mentionnant la correction visuelle et le type de verre (*)
Pour les lentilles	L'original de la prescription médicale datant de moins de 2 ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) pour les lentilles qui ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale et la facture acquittée et détaillée (*)
Pour les actes inférieurs à 600€ (300€ pour les lentilles)	Les pièces numérisées sont acceptées

(*) Vous pouvez nous communiquer l'original ou une copie du document.

Quelques informations supplémentaires

Nous conserverons les pièces justificatives transmises.

À défaut des pièces justificatives, nous considérons que les dépenses réelles n'ont pas excédé le tarif de la Sécurité sociale.

La facture doit comporter la **mention « acquittée »** et détailler les prestations, le **prix** et la **date** à laquelle ces prestations ont été réalisées.

Nous pouvons demander à l'adhérent, si besoin, toute autre pièce ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit de l'adhérent.

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, être adressées dans les 24 mois suivant la date des soins.

4. Bien-être et prévention

4.1 My Easy Santé

Le programme de prévention santé My Easy Santé permet de préserver et d'améliorer sa santé au quotidien via l'accès à des tests santé, des actualités et des coachings.

Le programme est disponible via l'application My Easy Santé ou sur le site myeasysanté.fr.

4.2 La santé au travail : aider le souscripteur à jouer son rôle d'acteur de santé avec Préventelis

Préventelis accompagne le souscripteur pour l'aider à respecter ses obligations en matière de santé et sécurité au travail, en facilitant la rédaction du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP).

Préventelis permet également de bâtir un plan d'action de prévention santé au travail, via l'accès d'un réseau de partenaires qualifiés et à prix négociés.

5. Santé au quotidien

5.1 Téléconsultation

L'Assistant Personnel de Santé (APS) est un service dont la vocation est d'apporter des réponses documentées aux questions des bénéficiaires sur leur santé. Le service est animé, par chat ou téléphone, par une équipe médicale pluridisciplinaire. Il est ouvert aux questions posées par les bénéficiaires sur la santé de leurs proches.

La téléconsultation est une consultation médicale par téléphone ou par vidéo, assurée par un médecin inscrit à l'Ordre des Médecins.

C'est un service accessible 24h/24, 7j/7, partout dans le monde, réservé aux bénéficiaires AXA France. L'entretien est protégé par le secret médical.

Avec l'accord du patient, un compte-rendu est envoyé au médecin traitant, qui reste au centre du parcours de soin. S'il le juge nécessaire, une ordonnance peut être délivrée au patient et avec son accord, partout dans l'Union européenne. Si une situation d'urgence est détectée, le patient est orienté vers un service d'urgence.

Le service est autorisé par la CNIL et les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé et sont conservées 20 ans.

La téléconsultation AXA ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical ou renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré.

La cotisation correspondant à cette garantie est incluse dans le taux de cotisation du contrat, le service correspondant est compris dans les charges de prestations.

6. Accompagnement dans les moments difficiles

6.1 Les services d'assistance dont vous bénéficiez

6.1.1. Pendant l'hospitalisation ou l'immobilisation

Assistance en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire ou d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours

Pour chacune des prestations ci-dessous, seule une intervention par an est prise en charge. Au-delà d'une intervention par an, nous pouvons communiquer au bénéficiaire les coordonnées de prestataires qualifiés. Le coût du personnel qualifié reste alors à la charge du bénéficiaire.

Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

Nous organisons et prenons en charge un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe pour un proche résidant en France pour qu'il puisse se rendre à son chevet pendant son immobilisation.

Nous organisons son hébergement sur place et prenons en charge ses frais d'hôtel pendant 3 nuits maximum à concurrence de 80 € par nuit (chambre et petit déjeuner inclus).

Les frais de nourriture et les frais annexes ne sont pas pris en charge.

Cette garantie est accordée si aucun membre de sa famille ne se trouve dans un rayon de 50 km du lieu de domicile du bénéficiaire concerné.

Garde des enfants

Si personne ne peut assurer la garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans du bénéficiaire, dès le 1^{er} jour de l'hospitalisation ou de l'immobilisation à domicile, nous l'organisons et la prenons en charge :

- Soit en permettant la venue d'un proche à son domicile,
- Soit en acheminant ses enfants au domicile d'un de ses proches,
- Soit en confiant la garde des enfants à son domicile à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, la personne s'occupe aussi de les accompagner à l'école. Les frais engagés pour ces trajets du domicile à l'école sont pris en charge jusqu'à 75 € maximum par hospitalisation ou immobilisation.

Cette prestation est limitée à 40 h, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour. Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation.

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

Nous prenons en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1^{ère} classe.

Accompagnement dans les moments difficiles

Aide-ménagère à domicile

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère à domicile, soit pendant la durée de l'hospitalisation, soit dès le retour au domicile, ou pendant l'immobilisation à domicile, pour assurer les tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire doit nous en faire la demande dans les 8 jours suivant son hospitalisation.

Nous limitons toutefois cette aide à une période maximale de 40 heures. La durée de présence de l'aide-ménagère est fixée par notre équipe médicale en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder 40 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.

6.1.2. Après l'hospitalisation ou l'immobilisation**Garde malade**

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une garde malade dès le retour au domicile. Pour bénéficier de cette prestation, le bénéficiaire doit nous en faire la demande dans les 8 jours suivant son hospitalisation.

Nous limitons toutefois cette aide à la période de 20 jours suivant l'hospitalisation. La durée de présence de la garde malade est fixée par notre équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder 40 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 4 heures consécutives minimum par jour.

Soutien scolaire

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant du bénéficiaire nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, nous recherchons et prenons en charge un ou plusieurs répétiteurs.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant du cours préparatoire à la terminale.

Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant des cours dans les matières principales : français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie, langues vivantes.

Ces cours sont dispensés à partir du 16^{ème} jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 15 heures maximum par semaine.

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

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

La décision du rapatriement est prise en fonction des seuls impératifs médicaux.

Accompagnement dans les moments difficiles

Nous dirigeons alors le bénéficiaire :

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

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

Pour ouvrir droit à nos prestations, l'atteinte corporelle grave doit être constatée par une autorité médicale.

6.1.4. Mise en oeuvre des services d'assistance

Nous prenons en charge les seules prestations que nous organisons. Pour la mise en place des services d'assistance, le bénéficiaire doit nous contacter au numéro figurant sur son attestation de tiers payant santé.

Nous ne pouvons être tenus pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

Nous ne pouvons pas nous substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prenons pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

7. Définitions

7.1 Définitions générales à votre contrat

Accord tacite

Le contrat est reconduit automatiquement d'une période à une autre si aucune des parties ne se manifeste...

Actes d'imagerie

L'imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'imagerie médicale : radiologie, échographie, Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser...

Adhérent

Personne répondant aux critères du groupe assuré et bénéficiant des garanties du contrat.

Analyses biologiques

Ensemble des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale. La plupart des actes de biologie médicale est remboursée par l'assurance maladie obligatoire.

Appareillage

Biens médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit notamment de matériels d'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles, etc. La plupart des complémentaires santé distinguent les équipements d'optique et les prothèses auditives du reste de l'appareillage.

Assureur

Société d'assurance qui garantit le risque souscrit. Il est le plus souvent désigné par « nous » dans les Conditions générales.

Auxiliaires médicaux

Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.

Avis d'échéance de cotisation

Document qui vous indique le montant de votre cotisation à payer ou qui vous permet de le calculer.

Ayants droit

Membres de la famille du bénéficiaire définis au paragraphe « Les bénéficiaires de la garantie » des Conditions générales.

Base de remboursement

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. Exemple : consultation réalisée par un médecin de secteur 2.

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.

Bénéficiaires

Personne qui bénéficie des garanties du contrat : l'adhérent et ses ayants droit.

Chambre particulière

Cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

La chambre individuelle est facturée au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturée lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite.

Une chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une hospitalisation ambulatoire. Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services. Il peut être remboursé par l'assurance maladie complémentaire.

Compensation

Mécanisme de mutualisation des contrats d'assurance.

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

Indice macroéconomique.

Consultation médicale

C'est l'examen physique et/ou mental d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, généralement effectué au cabinet du professionnel de santé, en centre de santé ou au sein d'un établissement de santé, ou à distance, dans le cadre d'une téléconsultation.

Conventionné/non conventionné

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire.

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) ait passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

1. Professionnels de santé

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de tarif de convention. Le tarif de convention est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter.

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire sur la base du tarif de convention.

Toutefois, les médecins conventionnés de « secteur 2 » sont autorisés à facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les tarifs de convention. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires. De manière générale, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU-Complémentaire.

Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur au tarif de convention. Les professionnels de santé non conventionnés sont très peu nombreux.

2. Établissements de santé

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement ait passé ou non un contrat avec l'Agence Régionale de Santé compétente. Dans un établissement de santé privé qui n'a pas passé de contrat avec une Agence Régionale de Santé, les frais à la charge du patient sont plus importants.

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.

Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient.

La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses garanties le prévoient.

Disposition dérogatoire

Disposition qui constitue une exception dans l'application d'une règle.

DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée

Contrat conclu entre l'assurance maladie et les médecins éligibles visant à encadrer les dépassements pratiqués en échange de certains avantages (allègement des cotisations sociales, meilleure revalorisation de certains actes techniques).

Établissement de santé

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

Forfait actes lourds

Participation forfaitaire de 24 € à la charge de l'adhérent qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'Etat (120 € en 2017), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60.

Certains actes ne sont pas concernés par le forfait à 24 € (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une affection longue durée). Ce forfait est pris en charge, en général, par la Complémentaire santé.

Forfait journalier hospitalier

Il s'agit de la somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1^{er} janvier 2018, son montant est de 20 euros par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15 euros par jour pour un séjour en psychiatrie.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire, mais il est pris en charge par l'assurance maladie complémentaire lorsque la garantie proposée par la complémentaire santé est responsable.

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, etc.).

Frais de séjour

Ce sont les 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...

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 ticket modérateur (les 20 % restant) étant systématiquement remboursé par l'assurance maladie complémentaire lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.

Frais réels

Montant total des dépenses engagées par une personne pour ses prestations de santé.

Franchise médicale

C'est la somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Son montant est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments,
- 0,50 € par acte paramédical,
- 2 € 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 2 € par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'Aide Médicale de l'État, femmes enceintes (du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} 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 évènement.

Les franchises ne sont pas remboursées par les contrats de complémentaire santé « responsables », sinon le contrat est requalifié en « non responsable ».

Groupe assuré

Renvoie à la totalité des personnes pour lesquelles le contrat frais de santé est conclu. Il est défini aux Conditions générales.

Hospitalisation

L'hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse, ...)

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

Implantologie dentaire

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.

Indexation

Mesure contractuelle prévoyant la prise en compte d'une variation automatique de la cotisation en fonction de l'évolution d'une donnée économique.

Lentilles

Les lentilles de contact sont des verres correcteurs posés sur la cornée. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que pour certains défauts visuels. Elles peuvent être prises en charge par certaines complémentaires santé.

Lit d'accompagnant

Lit mis à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent en revanche être pris en charge par certaines complémentaires santé.

LPP

Liste des Produits et Prestations, comprenant entre autres les appareillages et l'optique.

Lunettes

Les lunettes sont composées d'une monture et de deux verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie). Le prix des verres varie selon sa nature et sa puissance (verres unifocaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et les traitements appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables...).

Pour certaines prestations d'optique, l'assurance maladie complémentaire rembourse, au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, l'intégralité des dépenses, permettant ainsi à l'adhérent ou assuré de ne plus avoir de frais restant à sa charge.

Médecin traitant

C'est un médecin généraliste ou spécialiste hospitalier ou libéral.

Il coordonne les soins et s'assure que le suivi médical est optimal.

Il informe l'adhérent et le met, si besoin, en relation avec d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, médecins hospitaliers, etc.).

Médiateur

Personne qui tente d'obtenir une solution transactionnelle dans un différend qui oppose deux autres personnes.

Médicaments

Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge.

Il existe quatre taux de remboursement des médicaments :

- 100 % pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux,
- 65 % pour les médicaments dont le service médical rendu est majeur ou important,
- 30 % pour les médicaments dont le service médical rendu est modéré, les médicaments homéopathiques et certaines préparations magistrales,
- 15 % pour les médicaments à service médical rendu faible.

Les montants et taux de remboursement sont communiqués par le pharmacien lors de la délivrance. Ils sont inscrits sur la facture remise par le pharmacien.

Les médicaments relevant d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ont un prix fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Certains médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. D'autres peuvent être délivrés par votre pharmacien sans prescription (médicaments dits à « prescription médicale facultative »). L'assurance maladie obligatoire ne rembourse que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale. L'assurance maladie complémentaire peut prendre en charge des médicaments sans prescription médicale.

Les prix des médicaments non remboursables par l'assurance maladie obligatoire sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre.

Médicaments prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale

Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, médicalement prescrits, figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM).

Notice d'information

Document qui permet à l'adhérent de connaître le fonctionnement du contrat d'assurance, en particulier des garanties.

Ordonnance

Document délivré par un médecin et sur lequel figurent ses prescriptions.

Les prescriptions peuvent concerner la délivrance de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux) ou la réalisation d'actes de soins par d'autres professionnels de santé (autre médecin, pharmacien, auxiliaire médical...).

La production de ce document est indispensable pour la délivrance de ces produits de santé ou la réalisation de ces actes, et à leur remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

Orthodontie

Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (les dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

L'assurance maladie obligatoire prend partiellement en charge le traitement des enfants de moins de 16 ans. Ses remboursements ne permettent pas de couvrir l'intégralité des frais d'un traitement d'orthodontie, d'autant plus que les dépassements sont fréquents.

Parodontologie

Il s'agit d'une discipline visant au traitement des maladies parodontales qui sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...).

Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes tels que :

- L'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse,
- L'élimination des causes d'infection (détartrage des racines...),
- Le traitement chirurgical parodontal (greffe) si les tissus sont détruits,
- Le contrôle périodique du patient.

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse qu'une faible partie de ces traitements selon certaines conditions médicales. L'assurance maladie complémentaire peut prendre en charge ces traitements.

Participation forfaitaire d'1 €

Participation forfaitaire d'1 € 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^{ème} mois de grossesse,
- Et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

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

La participation forfaitaire d'1 € n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

Prestations

Montants remboursés à un assuré par la Complémentaire santé en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

Prothèses auditives

Il existe différents types de prothèses auditives : les contours d'oreille, les prothèses intra-auriculaires, les lunettes auditives et les appareils boîtiers. Elles sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription d'un médecin ORL.

Les prix de vente des prothèses auditives sont libres et souvent supérieurs à la base de remboursement fixée par l'assurance maladie obligatoire, en fonction des caractéristiques de la prothèse choisie.

Les audioprothésistes doivent remettre un devis avant la vente. Ce devis doit comporter le prix de vente hors taxe de chaque appareil proposé (indiquant la marque, le modèle, la référence commerciale, la classe, la durée de la garantie) et de chaque prestation d'adaptation proposée. Il doit aussi indiquer le prix net TTC à payer, ainsi que la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Prothèses dentaires

Elles remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :

- Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue durablement la dent pour la protéger. Lorsque plusieurs dents sont absentes, la reconstitution peut s'effectuer sous forme de bridge. Les prothèses fixes remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont réalisées dans les types de matériaux suivants : couronne métallique, céramo-métallique, zircone et céramo-céramique.
- Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents. Le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est très inférieur au

coût réel d'une prothèse dentaire, les chirurgiens-dentistes pouvant fixer librement leurs tarifs. Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une prothèse dentaire. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse et le prix des prestations associées.

Sécurité sociale

Il s'agit du régime d'assurance maladie obligatoire, prenant en charge les remboursements des frais de santé et régi par le Code de la Sécurité sociale français.

Soins dentaires

Ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Le chirurgien-dentiste a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'assurance maladie obligatoire pour ces soins, pour lesquels il ne peut donc pas pratiquer de dépassements (à la différence des prothèses dentaires).

Souscripteur

Personne morale qui conclut un contrat pour les personnes appartenant au groupe assuré.

Tarif d'autorité

Voir Base de remboursement ci-dessus.

Tarif de responsabilité

Le tarif de responsabilité correspond à la base tarifaire retenue par l'Assurance Maladie pour les différentes prestations de santé. C'est sur ce montant qu'elle calcule son niveau de remboursement. Le tarif de responsabilité est un synonyme de la base de remboursement.

Ticket modérateur

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

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que 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 d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble de ces 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).

Tiers

Personne non concernée directement par le contrat.

7.2 Définitions applicables aux services d'assistance**Atteinte corporelle grave**

Accident ou maladie dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du bénéficiaire si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Autorité médicale

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

Domicile

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

Équipe médicale

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

Hospitalisation

Admission dans un établissement de santé en vue d'un traitement médical ou chirurgical prescrit par un médecin (y compris dans un service d'urgences et hospitalisation ambulatoire) entraînant par la suite une immobilisation au domicile.

Immobilisation au domicile

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

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

Médecin

Médecin généraliste.

Membre de la famille

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un pacte d'union civile, frères, soeurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-soeurs du bénéficiaire domiciliés dans le même pays que le bénéficiaire.

Proche

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

Téléconsultation

Consultation médicale par téléphone.

Territorialité

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