

TOUT SAVOIR SUR VOTRE CONTRAT SANTÉ

Ce document comprend
la **Notice d'information** de votre contrat

NOTICE D'INFORMATION CONTRAT SANTÉ

Le contrat auquel vous avez adhéré 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

Ce contrat est soit :

1. un contrat « responsable » référencé 375044936006, collectif à adhésion facultative, dénommé Direct Assurance Santé (le Contrat d'Assurance) et conclu entre AXA France Vie et l'Association Conseil Branche Santé (ACBS ou l'Association) et distribué par Direct Assurance.

soit :

2. un contrat « non responsable » référencé 375044936007, collectif à adhésion facultative, dénommé Direct Assurance Santé (le Contrat d'Assurance) et conclu entre AXA France Vie et l'Association Conseil Branche Santé (ACBS ou l'Association) et distribué par Direct Assurance.

La notice d'information de ces contrats est à destination de l'adhérent de l'Association et de ses éventuels ayants droit et elle précise les garanties assurées ainsi que les dispositions relatives au fonctionnement du contrat.

Pour faciliter votre compréhension de la notice, nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- L'**adhérent** au contrat d'assurance est la personne qui répond aux conditions d'adhésion de l'Association et qui :
  - adhère au contrat par la signature de la demande d'adhésion,
  - choisit les garanties,
  - désigne ses éventuels ayants droit,
  - paye les droits associatifs à l'Association à la souscription et au renouvellement,
  - paye les cotisations.

Son adhésion est composée :
- de la demande d'adhésion qu'il complète et signe,
- de la présente Notice d'information qui définit le fonctionnement du contrat d'assurance et des garanties,
- du Certificat d'adhésion qui précise la date d'effet de l'adhésion, le contrat applicable, l'identité des personnes assurées, la formule choisie et le montant des cotisations.

- Les **bénéficiaires** sont les personnes sur lesquelles reposent l'assurance c'est-à-dire l'adhérent et ses éventuels ayants droit tels que définis à l'article 15 « Quels sont les bénéficiaires de la garantie ? ».
- L'adhérent sera le plus souvent désigné par **vous**.

Ces contrats d'assurance sont soumis aux dispositions du Code des assurances et sont régis par la Loi française.

Sommaire

PARTIE 1 DISPOSITIONS APPLICABLES AU CONTRAT SANTÉ « RESPONSABLE » 4

TABLEAUX DE PRESTATIONS DU CONTRAT « RESPONSABLE » 5

LES FORMULES ESSENTIELLE, ÉQUILIBRE, LIBERTÉ, TRANQUILLITÉ ET BIEN-ÊTRE 5

LES FORMULES ESSENTIELLE +, ÉQUILIBRE +, LIBERTÉ +, TRANQUILLITÉ +, BIEN-ÊTRE + RENFORCÉES EN OPTIQUE ET EN DENTAIRE 12

LES FORMULES CONFORT, CONFORT +, ZEN, RENFORCÉES EN HOSPITALISATION ET EN DENTAIRE 19

1_DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT D'ASSURANCE « RESPONSABLE » 24

ART. 1 OBJET DU CONTRAT D'ASSURANCE 24

ART. 2 DATE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT D'ASSURANCE 24

2_VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ 24

ART. 3 QUELS SONT VOS REMBOURSEMENTS FRAIS DE SANTÉ 24

3_SANTÉ AU QUOTIDIEN 27

ART. 4 SANTÉ AU QUOTIDIEN 27

PARTIE 2 DISPOSITIONS APPLICABLES AU CONTRAT SANTÉ « NON RESPONSABLE » 28

TABLEAU DE PRESTATIONS DU CONTRAT « NON RESPONSABLE » 29

LES FORMULES HOSPI ET HOSPI + ... 29

1_DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT D'ASSURANCE « NON RESPONSABLE » 31

ART. 5 DATE EFFET ET DURÉE DU CONTRAT D'ASSURANCE 31

2_VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ 31

ART. 6 QUELS SONT VOS REMBOURSEMENTS FRAIS DE SANTÉ ? 31

PARTIE 3 DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONTRATS SANTÉ « RESPONSABLE » & « NON RESPONSABLE » 33

1_DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONTRATS D'ASSURANCE 34

ART. 7 ACTEURS DES CONTRATS D'ASSURANCE 34

ART. 8 OBJET DES CONTRATS D'ASSURANCE 34

ART. 9 LA NOTICE D'INFORMATION 34

ART. 10 INFORMATION 34

ART. 11 MODIFICATION LÉGISLATIVE OU RÈGLEMENTAIRE DU CONTRAT D'ASSURANCE 34

2_VOTRE ADHÉSION 35

ART. 12 GROUPE ASSURABLE 35

ART. 13 DATE D'EFFET, DURÉE ET FIN DE VOTRE ADHÉSION 35

ART. 14 COTISATIONS 36

3_VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ 37

ART. 15 QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE ? 37

ART. 16 COMMENT MODIFIER VOTRE NIVEAU DE GARANTIE ? 37

ART. 17 QUELS SONT LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DES PRESTATIONS 37

ART. 18 EXPERTISES – JUSTIFICATIFS 39

ART. 19 SUBROGATION 39

4_VOS GARANTIES D'ASSISTANCE 40

ART. 20 OBJET DU CONTRAT D'ASSISTANCE 40

ART. 21 DÉFINITIONS 40

ART. 22 TERRITORIALITÉ 40

ART. 23 DESCRIPTION DES PRESTATIONS 40

ART. 24 RÉCLAMATION ET MÉDIATION 41

ART. 25 MESURES RESTRICTIVES DÉFINIES PAR LA RÈGLEMENTATION FRANÇAISE ET INTERNATIONALE 41

ART. 26 RESPONSABILITÉ D'AXA ASSISTANCE 41

ART. 27 EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ 41

ART. 28 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL 42

5_LA VIE DU CONTRAT 42

ART. 29 RENONCIATION 42

ART. 30 RÉCLAMATIONS 43

ART. 31 PRESCRIPTION 43

ART. 32 PROSPECTION COMMERCIALE 43

ART. 33 LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL 44

ART. 34 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME 44

ART. 35 MESURES RESTRICTIVES DÉFINIES PAR LA RÈGLEMENTATION FRANÇAISE ET INTERNATIONALE 44

6_LEXIQUE 45

ART. 36 QUE SIGNIFIENT CERTAINS TERMES DE VOTRE CONTRAT ? 45



PARTIE 1
DISPOSITIONS APPLICABLES AU CONTRAT SANTÉ « RESPONSABLE »

TABLEAUX DE PRESTATIONS DU CONTRAT « RESPONSABLE »

LES FORMULES ESSENTIELLE, ÉQUILIBRE, LIBERTÉ, TRANQUILLITÉ ET BIEN-ÊTRE

Les formules répondent aux conditions du contrat responsable et aux dispositions de la réforme 100 % Santé telles que définies dans la Partie 1 « Dispositions relatives au Contrat Santé "Responsable" » de la Notice d'information.

Les remboursements ci-dessous intègrent les remboursements de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, et sont effectués dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins. Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.

Les remboursements exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et les Prix Limites de Vente (PLV) incluent la prise en charge du Régime Obligatoire. Sauf mention contraire, les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du Régime Obligatoire.

Pour mieux comprendre les garanties

- **DPTAM** : **D**ispositifs de **P**ratique **T**arifaire **M**aîtrisée

  Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.
- **BR** : **B**ase de **R**emboursement

  Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.
- **PLV** : Le **P**rix **L**imite de **V**ente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le Code de la Sécurité sociale.

	ESSENTIELLE	ÉQUILIBRE	LIBERTÉ	TRANQUILLITÉ	BIEN-ÊTRE
HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE (Y COMPRIS FRAIS MATERNITÉ) [1]					
Honoraires					
• Médecins adhérents à l'un des DPTAM	100 % BR	120 % BR [2]	120 % BR [2]	150 % BR [2]	200 % BR [2]
• Médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % BR	100 % BR	100 % BR	130 % BR [2]	180 % BR [2]
Forfait journalier hospitalier	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait
Forfait actes lourds	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait
Frais de séjour					
• Établissement conventionné ou non conventionné	100 % BR	120 % BR	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Hospitalisation à domicile	100 % BR	120 % BR	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Chambre particulière (par jour, dans la limite de 30 jours par année civile en moyen séjour)	Non pris en charge	20 €	20 €	30 €	45 €
Lit d'accompagnant (par jour, dans la limite de 30 jours par année civile)	Non pris en charge	10 € [3]	10 € [3]	20 € [3]	30 € [3]

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

   L'indemnisation des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation, et des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale, est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà des 30 jours, la garantie est limitée au Ticket Modérateur. Cette limitation à 30 jours ne s'applique pas au forfait journalier.

   Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le 1er jour au titre de l'hospitalisation.
2. Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100 %, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique lors de votre adhésion au contrat et lors de l'adhésion d'un ayant droit à l'exception des nouveau-nés.
3. Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite de 30 jours par année civile.

	ESSENTIELLE	ÉQUILIBRE	LIBERTÉ	TRANQUILLITÉ	BIEN-ÊTRE
FORFAIT MATERNITÉ (BÉNÉFICIAIRE JUSQU'À 55 ANS)					
Forfait naissance, y compris en cas d'adoption (la prestation est doublée en cas de naissance multiple)	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	200 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
• Consultations, téléconsultations, actes techniques médicaux, actes de chirurgie et visites de généralistes et spécialistes ayant adhéré à l'un des DPTAM	100 % BR	120 % BR	120 % BR	150 % BR	200 % BR
• Consultations, téléconsultations, actes techniques médicaux, actes de chirurgie et visites de généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM	100 % BR	100 % BR	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Imagerie médicale					
• Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	120 % BR	120 % BR	150 % BR	200 % BR
• Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	100 % BR	100 % BR	130 % BR	180 % BR
• La radiologie non prise en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
Analyses et examens de laboratoire					
• Pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	120 % BR	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux					
• Auxiliaires médicaux (les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	100 % BR	120 % BR	120 % BR	150 % BR	200 % BR

	ESSENTIELLE	ÉQUILIBRE	LIBERTÉ	TRANQUILLITÉ	BIEN-ÊTRE
SOINS COURANTS (SUITE)					
Médicaments					
• Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 65 % ou 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 15 %	Non pris en charge	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Moyens de contraception féminin non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin (bénéficiaire jusqu'à 55 ans)	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	25 €	25 €
• Homéopathie prescrite et non prise en charge par la Sécurité sociale	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	40 €
Matériel médical					
• Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	120 % BR	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Psychologue pris en charge par la Sécurité sociale (dispositif MonPsy)					
• Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale dans le cadre du dispositif MonPsy	12 séances / an 40 € la 1re séance 30 € les séances suivantes	12 séances / an 40 € la 1re séance 30 € les séances suivantes	12 séances / an 40 € la 1re séance 30 € les séances suivantes	12 séances / an 40 € la 1re séance 30 € les séances suivantes	12 séances / an 40 € la 1re séance 30 € les séances suivantes
TRANSPORT					
Frais de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
MÉDECINES DOUCES [1]					
Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, psychomotricien, psychothérapeute, psychologue, sophrologue, ergothérapeute, forfait dans la limite globale par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	3 séances / an 20 € / séance	3 séances / an 20 € / séance	3 séances / an 25 € / séance	3 séances / an 30 € / séance

	ESSENTIELLE	ÉQUILIBRE	LIBERTÉ	TRANQUILLITÉ	BIEN-ÊTRE
MÉDECINES DOUCES (SUITE)					
Diététicien					
• Consultation prescrite par un médecin, dans la limite par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	1 séance / an 30 € / séance
• Un bilan diététique, dans la limite par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
Pédicure, podologue, non pris en charge par la Sécurité sociale, dans la limite globale par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	30 €	40 €

1. Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC). Les ostéopathes et les chiropracteurs doivent figurer aux répertoires nationaux RPPS ou ADELI. Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Les médecines douces ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n° RPPS, le n° ADELI ou le n° FINESS du praticien sera demandé.

PRÉVENTION					
Vaccins					
• Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	120 % BR	120 % BR	150 % BR	Frais réels
• Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur Autorisation de Mise sur le Marché, par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	50 €	100 €
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) par année civile et par bénéficiaire	30 €	30 €	30 €	30 €	40 €

	ESSENTIELLE	ÉQUILIBRE	LIBERTÉ	TRANQUILLITÉ	BIEN-ÊTRE
OPTIQUE[1]					
Verres et monture					
• Équipements 100 % Santé (classe A)[2]		Frais réels dans la limite des prix définis par la règlementation			
• Équipements à tarifs libres (classe B)[3] :					
– avec verres simples	100 % BR	100 €[4]	150 €[4]	125 €[4]	200 €[4]
– avec verres complexes	100 % BR	200 €[4]	270 €[4]	270 €[4]	350 €[4]
– avec verres très complexes	100 % BR	200 €[4]	325 €[4]	300 €[4]	400 €[4]
– bonus fidélité :					
◦ après 2 ans d'adhésion, votre garantie augmente de	Pas de bonus	+ 30 €	+ 40 €	+ 40 €	+ 50 €
◦ après 4 ans d'adhésion, votre garantie augmente à nouveau de	Pas de bonus	+ 30 €	+ 40 €	+ 40 €	+ 50 €
– dans tous les cas, le montant de la monture est plafonné à	100 % BR	50 €[4]	50 €[4]	50 €[4]	70 €[4]
Lentilles					
• Les lentilles de contact correctrices prises en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	100 % BR	100 % BR + 40 €[4]	100 % BR + 50 €[4]	100 % BR + 50 €[4]	100 % BR + 80 €[4]
• Les lentilles de contact correctrices non prises en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	40 €[5]	50 €[5]	50 €[5]	80 €[5]
La chirurgie réfractive (opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatie, de la presbytie par laser) par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	125 €[5]	125 €[5]	200 €[5]

1. Les forfaits en euro sur les lunettes (verres et monture) intègrent le remboursement du Régime Obligatoire. En cas d'équipement mixte 100 % Santé et à tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100 % Santé.

   Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L 165-1 du Code la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.

2. Équipements 100 % Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente – PLV) en application de l'article L 165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

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

4. Le taux de remboursement est limité à 100 % BR les 3 premiers mois d'assurance. Cela s'applique lors de votre adhésion au contrat et lors de l'adhésion d'un ayant-droit. Le « panier 100 % Santé » n'est pas concerné par cette limitation les 3 premiers mois.

5. Il n'y a pas de remboursement les 3 premiers mois d'assurance. Cela s'applique lors de votre adhésion au contrat et lors de l'adhésion d'un ayant-droit. Le « panier 100 % Santé » n'est pas concerné par cette limitation les 3 premiers mois.

	ESSENTIELLE	ÉQUILIBRE	LIBERTÉ	TRANQUILLITÉ	BIEN-ÊTRE
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % Santé 1	Frais réels dans la limite des prix définis par la règlementation				
Soins (hors 100 % Santé)					
• Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	110 % BR	200 % BR	150 % BR	200 % BR
Prothèses (hors 100 % Santé)					
• À tarifs limités [2]	100 % BR dans la limite de 100 % PLV	110 % BR dans la limite de 100 % PLV	200 % BR dans la limite de 100 % PLV	150 % BR dans la limite de 100 % PLV	200 % BR dans la limite de 100 % PLV
• À tarifs libres [3]	100 % BR	110 % BR	200 % BR	150 % BR	200 % BR
• Plafond annuel : seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de ce plafond	Sans plafond	Sans plafond	1 400 €	1 200 €	1 400 €
Orthodontie					
• Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale (bénéficiaire jusqu'à 16 ans)	100 % BR	110 % BR [5]	200 % BR [5]	150 % BR [5]	200 % BR [5]
Acte dentaire non pris en charge par la Sécurité sociale					
• Implantologie, parodontologie, orthopédie dento-faciale et prothèses [4], forfait global par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	200 € [6]	Non pris en charge	200 € [6]
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum	100 % BR	110 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR

1. Soins et prothèses 100 % Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention telle que prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente – PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du Code la Sécurité sociale et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.
2. Prothèses à tarifs limités : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autres que les « Soins et prothèses 100 % Santé » dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention telle que prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente – PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.
3. Prothèses à tarifs libres : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention telle que prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale.
4. Actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale : Parodontologie : curetage / surfaçage, greffe gingivale, lambeau, allongement coronaire. Implantologie dentaire : pose de l'implant (phase opératoire), faux moignon implantaire et dans la limite de 3 actes par année civile et par bénéficiaire. Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité sociale : couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées. Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale.
5. Le taux de remboursement est limité à 100 % BR les 3 premiers mois d'assurance. Cela s'applique lors de votre adhésion au contrat et lors de l'adhésion d'un ayant-droit. Le « panier 100 % Santé » n'est pas concerné par cette limitation les 3 premiers mois.
6. Il n'y a pas de remboursement les 3 premiers mois d'assurance. Cela s'applique lors de votre adhésion au contrat et lors de l'adhésion d'un ayant droit. Le « panier 100 % Santé » n'est pas concerné par cette limitation les 3 premiers mois.

	ESSENTIELLE	ÉQUILIBRE	LIBERTÉ	TRANQUILLITÉ	BIEN-ÊTRE
AIDES AUDITIVES [1]					
Équipements 100 % Santé [2]		Frais réels dans la limite des prix définis par la règlementation			
Équipements à tarifs libres :					
• Bénéficiaires de 21 ans ou plus, par oreille et par période de 4 ans	400 €	500 €	600 €	600 €	800 €
• Bénéficiaires de moins de 21 ans, par oreille et par période de 4 ans	1400 €	1500 €	1700 €	1700 €	1700 €
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	120 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR
CURES THERMALES (JUSQU'À 70 ANS)					
Prises en charge par la Sécurité sociale. Frais médicaux, frais de séjour et frais de transport. Les dépassements des médecins non adhérents à l'un des DPTAM sont limités à 100 % BR.	Non pris en charge	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
ASSISTANCE					
Pendant une hospitalisation					
• Garde d'enfants ou de petits-enfants		Dans la limite de 40 heures			
• Garde d'animaux		Dans la limite de 250 €			
Sortie d'une hospitalisation					
• Aide-ménagère		Dans la limite de 40 heures			
• Garde-malade		Dans la limite de 40 heures			
• Livraison de médicaments		Pendant 30 jours à la sortie d'une hospitalisation			
• Rapatriement médical en cas d'atteinte corporelle grave		En cas de déplacement à plus de 50 km du domicile			

1. Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

   Les garanties des équipements auditifs exprimées en euros intègrent le remboursement du Régime Obligatoire.

2. Équipements 100 % Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe I à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente – PLV) en application de l'article L 165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.

LES FORMULES ESSENTIELLE +, ÉQUILIBRE +, LIBERTÉ +, TRANQUILLITÉ +, BIEN-ÊTRE + RENFORCÉES EN OPTIQUE ET EN DENTAIRE

Les formules répondent aux conditions du contrat responsable et aux dispositions de la réforme 100 % Santé telles que définies dans la Partie 1 « Dispositions relatives au Contrat Santé "Responsable" » de la Notice d'information.

Les remboursements ci-dessous intègrent les remboursements de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins. Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous. Les remboursements, exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et les Prix Limites de Vente (PLV), incluent la prise en charge du Régime Obligatoire. Sauf mention contraire, les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du Régime Obligatoire.

Pour mieux comprendre les garanties

- **DPTAM** : **D**ispositifs de **P**ratique **T**arifaire **M**aîtrisée

  Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.
- **BR** : **B**ase de **R**emboursement

  Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.
- **PLV** : Le **P**rix **L**imite de **V**ente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le Code de la Sécurité sociale.

	ESSENTIELLE +	ÉQUILIBRE +	LIBERTÉ +	TRANQUILLITÉ +	BIEN-ÊTRE +
HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE (Y COMPRIS FRAIS MATERNITÉ) [1]					
Honoraires					
• Médecins adhérents à l'un des DPTAM	100 % BR	125 % BR [2]	160 % BR [2]	150 % BR [2]	205 % BR [2]
• Médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % BR	105 % BR [2]	140 % BR [2]	130 % BR [2]	185 % BR [2]
Forfait journalier hospitalier	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait
Forfait actes lourds	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait
Frais de séjour					
• Établissement conventionné ou non conventionné	100 % BR	125 % BR	160 % BR	150 % BR	205 % BR
Hospitalisation à domicile	100 % BR	125 % BR	160 % BR	150 % BR	205 % BR
Chambre particulière (par jour, dans la limite de 30 jours par année civile en moyen séjour)	Non pris en charge	20 €	30 €	30 €	45 €
Lit d'accompagnant (par jour, dans la limite de 30 jours par année civile)	Non pris en charge	10 € [3]	20 € [3]	20 € [3]	30 € [3]

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

   L'indemnisation des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation, et des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale, est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà des 30 jours, la garantie est limitée au Ticket Modérateur. Cette limitation à 30 jours ne s'applique pas au forfait journalier.

   Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le 1er jour au titre de l'hospitalisation.
2. Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100 %, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique lors de votre adhésion au contrat et lors de l'adhésion d'un ayant droit à l'exception des nouveau-nés.
3. Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite de 30 jours par année civile.

	ESSENTIELLE +	ÉQUILIBRE +	LIBERTÉ +	TRANQUILLITÉ +	BIEN-ÊTRE +
FORFAIT MATERNITÉ (BÉNÉFICIAIRE JUSQU'À 55 ANS)					
Forfait naissance, y compris en cas d'adoption (la prestation est doublée en cas de naissance multiple)	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	200 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
• Consultations, téléconsultations, actes techniques médicaux, actes de chirurgie et visites de généralistes et spécialistes ayant adhéré à l'un des DPTAM	100 % BR	125 % BR	160 % BR	150 % BR	205 % BR
• Consultations, téléconsultations, actes techniques médicaux, actes de chirurgie et visites de généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM	100 % BR	105 % BR	140 % BR	130 % BR	185 % BR
Imagerie médicale					
• Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	125 % BR	160 % BR	150 % BR	205 % BR
• Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	105 % BR	140 % BR	130 % BR	185 % BR
• La radiologie non prise en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
Analyses et examens de laboratoire					
• Pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	125 % BR	160 % BR	150 % BR	205 % BR
Honoraires paramédicaux					
• Auxiliaires médicaux (les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	100 % BR	125 % BR	160 % BR	150 % BR	205 % BR

	ESSENTIELLE +	ÉQUILIBRE +	LIBERTÉ +	TRANQUILLITÉ +	BIEN-ÊTRE +
SOINS COURANTS (SUITE)					
Médicaments					
• Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 65 % ou 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 15 %	Non pris en charge	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Moyens de contraception féminin non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin (bénéficiaire jusqu'à 55 ans)	Non pris en charge	Non pris en charge	25 €	25 €	25 €
• Homéopathie prescrite et non prise en charge par la Sécurité sociale	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	40 €
Matériel médical					
• Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	125 % BR	160 % BR	150 % BR	205 % BR
Psychologue pris en charge par la Sécurité sociale (dispositif MonPsy)					
• Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale dans le cadre du dispositif MonPsy	12 séances / an 40 € la 1re séance 30 € les séances suivantes	12 séances / an 40 € la 1re séance 30 € les séances suivantes	12 séances / an 40 € la 1re séance 30 € les séances suivantes	12 séances / an 40 € la 1re séance 30 € les séances suivantes	12 séances / an 40 € la 1re séance 30 € les séances suivantes
TRANSPORT					
Frais de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
MÉDECINES DOUCES [1]					
Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, psychomotricien, psychothérapeute, psychologue, sophrologue, ergothérapeute, forfait dans la limite globale par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	3 séances / an 20 € / séance	3 séances / an 25 € / séance	3 séances / an 25 € / séance	3 séances / an 30 € / séance

	ESSENTIELLE +	ÉQUILIBRE +	LIBERTÉ +	TRANQUILLITÉ +	BIEN-ÊTRE +
MÉDECINES DOUCES (SUITE)					
Diététicien					
• Consultation prescrite par un médecin, dans la limite par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	1 séance / an 30 € / séance
• Un bilan diététique, dans la limite par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
Pédicure, podologue, non pris en charge par la Sécurité sociale, dans la limite globale par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	30 €	30 €	40 €

1. Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC). Les ostéopathes et les chiropracteurs doivent figurer aux répertoires nationaux RPPS ou ADELI. Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Les médecines douces ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n° RPPS, le n° ADELI ou le n° FINESS du praticien sera demandé.

PRÉVENTION					
Vaccins					
• Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	Frais réels
• Vaccins non pris Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur Autorisation de Mise sur le Marché, par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	50 €	50 €	100 €
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) par année civile et par bénéficiaire	30 €	30 €	30 €	30 €	40 €

	ESSENTIELLE +	ÉQUILIBRE +	LIBERTÉ +	TRANQUILLITÉ +	BIEN-ÊTRE +
OPTIQUE[1]					
Verres et monture					
• Équipements 100 % Santé (classe A)[2]		Frais réels dans la limite des prix définis par la règlementation			
• Équipements à tarifs libres (classe B)[3] :					
– avec verres simples	100 €[4]	125 €[4]	155 €[4]	200 €[4]	250 €[4]
– avec verres complexes	200 €[4]	270 €[4]	270 €[4]	350 €[4]	450 €[4]
– avec verres très complexes	200 €[4]	300 €[4]	325 €[4]	400 €[4]	500 €[4]
– bonus fidélité :					
◦ après 2 ans d'adhésion, votre garantie augmente de	+ 30 €	+ 40 €	+ 40 €	+ 50 €	+ 60 €
◦ après 4 ans d'adhésion, votre garantie augmente à nouveau de	+ 30 €	+ 40 €	+ 40 €	+ 50 €	+ 60 €
– dans tous les cas, le montant de la monture est plafonné à	50 €[4]	50 €[4]	50 €[4]	70 €[4]	100 €[4]
Lentilles					
• Les lentilles de contact correctrices prises en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	100 % BR + 40 €[4]	100 % BR + 50 €[4]	100 % BR + 50 €[4]	100 % BR + 80 €[4]	100 % BR + 100 €[4]
• Les lentilles de contact correctrices non prises en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	40 €[5]	50 €[5]	50 €[5]	80 €[5]	100 €[5]
La chirurgie réfractive (opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatie, de la presbytie par laser) par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	125 €[5]	125 €[5]	200 €[5]	250 €[5]

1. Les forfaits en euro sur les lunettes (verres et monture) intègrent le remboursement du Régime Obligatoire. En cas d'équipement mixte 100 % Santé et à tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100 % Santé.

   Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L 165-1 du Code la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.

2. Équipements 100 % Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente – PLV) en application de l'article L 165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

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

4. Le taux de remboursement est limité à 100 % BR les 3 premiers mois d'assurance. Cela s'applique lors de votre adhésion au contrat et lors de l'adhésion d'un ayant-droit. Le « panier 100 % Santé » n'est pas concerné par cette limitation les 3 premiers mois.

5. Il n'y a pas de remboursement les 3 premiers mois d'assurance. Cela s'applique lors de votre adhésion au contrat et lors de l'adhésion d'un ayant-droit. Le « panier 100 % Santé » n'est pas concerné par cette limitation les 3 premiers mois.

	ESSENTIELLE +	ÉQUILIBRE +	LIBERTÉ +	TRANQUILLITÉ +	BIEN-ÊTRE +
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % Santé [1]	Frais réels dans la limite des prix définis par la règlementation				
Soins (hors 100 % Santé)					
• Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	125 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR	305 % BR
Prothèses (hors 100 % Santé)					
• À tarifs limités [2]	125 % BR dans la limite de 100 % PLV	150 % BR dans la limite de 100 % PLV	200 % BR dans la limite de 100 % PLV	200 % BR dans la limite de 100 % PLV	305 % BR dans la limite de 100 % PLV
• À tarifs libres [3]	125 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR	305 % BR
• Plafond annuel : seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de ce plafond	Sans plafond	1 200 €	1 400 €	1 400 €	1 600 €
Orthodontie					
• Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale (bénéficiaire jusqu'à 16 ans)	125 % BR [5]	150 % BR [5]	200 % BR [5]	200 % BR [5]	305 % BR [5]
Acte dentaire non pris en charge par la Sécurité sociale					
• Implantologie, parodontologie, orthopédie dento-faciale et prothèses [4], forfait global par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	200 € [6]	200 € [6]	300 € [6]
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum	100 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR

1. Soins et prothèses 100 % Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention telle que prévue à l'article L 162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente – PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L 162-14-2 du Code la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.
2. Prothèses à tarifs limités : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autres que les « Soins et prothèses 100 % Santé » dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention telle que prévue à l'article L 162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente – PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L 162-14-2 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.
3. Prothèses à tarifs libres : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention telle que prévue à l'article L 162-9 du Code de la Sécurité sociale.
4. Actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale : Parodontologie : curetage / surfaçage, greffe gingivale, lambeau, allongement coronaire. Implantologie dentaire : pose de l'implant (phase opératoire), faux moignon implantaire et dans la limite de 3 actes par année civile et par bénéficiaire. Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité sociale : couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées. Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale.
5. Le taux de remboursement est limité à 100 % BR les 3 premiers mois d'assurance. Cela s'applique lors de votre adhésion au contrat et lors de l'adhésion d'un ayant-droit. Le « panier 100 % Santé » n'est pas concerné par cette limitation les 3 premiers mois.
6. Il n'y a pas de remboursement les 3 premiers mois d'assurance. Cela s'applique lors de votre adhésion au contrat et lors de l'adhésion d'un ayant-droit. Le « panier 100 % Santé » n'est pas concerné par cette limitation les 3 premiers mois.

	ESSENTIELLE +	ÉQUILIBRE +	LIBERTÉ +	TRANQUILLITÉ +	BIEN-ÊTRE +
AIDES AUDITIVES [1]					
Équipements 100 % Santé [2]	Frais réels dans la limite des prix définis par la règlementation				
Équipements à tarifs libres :					
• Bénéficiaires de 21 ans ou plus, par oreille et par période de 4 ans	400 €	500 €	600 €	600 €	800 €
• Bénéficiaires de moins de 21 ans, par oreille et par période de 4 ans	1400 €	1500 €	1700 €	1700 €	1700 €
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR
CURES THERMALES (JUSQU'À 70 ANS)					
Prises en charge par la Sécurité sociale. Frais médicaux, frais de séjour et frais de transport. Les dépassements des médecins non adhérents à l'un des DPTAM sont limités à 100 % BR.	Non pris en charge	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
ASSISTANCE					
Pendant une hospitalisation					
• Garde d'enfants ou de petits-enfants	Dans la limite de 40 heures				
• Garde d'animaux	Dans la limite de 250 €				
Sortie d'une hospitalisation					
• Aide-ménagère	Dans la limite de 40 heures				
• Garde-malade	Dans la limite de 40 heures				
• Livraison de médicaments	Pendant 30 jours à la sortie d'une hospitalisation				
• Rapatriement médical en cas d'atteinte corporelle grave	En cas de déplacement à plus de 50 km du domicile				

1. Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

   Les garanties des équipements auditifs exprimées en euros intègrent le remboursement du Régime Obligatoire.

2. Équipements 100 % Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe I à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente – PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.

LES FORMULES CONFORT, CONFORT +, ZEN, RENFORCÉES EN HOSPITALISATION ET EN DENTAIRE

Les formules répondent aux conditions du contrat responsable et aux dispositions de la réforme 100 % Santé telles que définies dans la Partie 1 « Dispositions relatives au Contrat Santé "Responsable" » de la Notice d'information.

Les remboursements ci-dessous intègrent les remboursements de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins. Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous. Les remboursements, exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et les Prix Limites de Vente (PLV), incluent la prise en charge du Régime Obligatoire. Sauf mention contraire, les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du Régime Obligatoire.

Pour mieux comprendre les garanties

- **DPTAM** : **D**ispositifs de **P**ratique **T**arifaire **M**aîtrisée

  Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.
- **BR** : **B**ase de **R**emboursement

  Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.
- **PLV** : Le **P**rix **L**imite de **V**ente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le Code de la Sécurité sociale.

	CONFORT	CONFORT +	ZEN
HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE (Y COMPRIS FRAIS MATERNITÉ) [1]			
Honoraires			
• Médecins adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée DPTAM	150 % BR [2]	200 % BR [2]	280 % BR [2]
• Médecins non adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée DPTAM	130 % BR [2]	180 % BR [2]	200 % BR [2]
Forfait journalier hospitalier	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait
Forfait actes lourds	100 % Forfait	100 % Forfait	100 % Forfait
Frais de séjour			
• Établissement conventionné ou non conventionné	150 % BR	200 % BR	280 % BR
Hospitalisation à domicile	150 % BR	200 % BR	280 % BR
Chambre particulière (par jour, dans la limite de 30 jours par année civile en moyen séjour)	30 €	45 €	60 €
Lit d'accompagnant (par jour, dans la limite de 30 jours par année civile)	20 € [3]	30 € [3]	40 € [3]
FORFAIT MATERNITÉ (BÉNÉFICIAIRE JUSQU'À 55 ANS)			
Forfait naissance, y compris en cas d'adoption (la prestation est doublée en cas de naissance multiple)	Non pris en charge	Non pris en charge	200 €
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
• Consultations, téléconsultations, actes techniques médicaux, actes de chirurgie et visites de généralistes et spécialistes ayant adhéré à l'un des DPTAM	100 % BR	125 % BR	205 % BR
• Consultations, téléconsultations, actes techniques médicaux, actes de chirurgie et visites de généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM	100 % BR	105 % BR	185 % BR

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

   L'indemnisation des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation, et des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale, est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà des 30 jours, la garantie est limitée au Ticket Modérateur. Cette limitation à 30 jours ne s'applique pas au forfait journalier.

   Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le 1er jour au titre de l'hospitalisation.
2. Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100 %, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique lors de votre adhésion au contrat et lors de l'adhésion d'un ayant droit à l'exception des nouveau-nés.
3. Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite de 30 jours par année civile.

	CONFORT	CONFORT +	ZEN
SOINS COURANTS (SUITE)			
Imagerie médicale			
• Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	125 % BR	205 % BR
• Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	105 % BR	185 % BR
• La radiologie non prise en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
Analyses et examens de laboratoire			
• Pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	125 % BR	205 % BR
Honoraires paramédicaux			
• Auxiliaires médicaux (les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	100 % BR	125 % BR	205 % BR
Médicaments			
• Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 65 % ou 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 15 %	Non pris en charge	100 % BR	100 % BR
• Moyens de contraception féminin non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin (bénéficiaire jusqu'à 55 ans)	Non pris en charge	Non pris en charge	25 €
• Homéopathie prescrite et non prise en charge par la Sécurité sociale	Non pris en charge	Non pris en charge	40 €
Matériel médical			
• Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	125 % BR	205 % BR
Psychologue pris en charge par la Sécurité sociale (dispositif MonPsy)			
• Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale dans le cadre du dispositif MonPsy	12 séances / an 40 € la 1re séance 30 € séance	12 séances / an 40 € la 1re séance 30 € séance	12 séances / an 40 € la 1re séance 30 € séance
TRANSPORT			
Frais de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
MÉDECINES DOUCES [1]			
Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, psychomotricien, psychothérapeute, psychologue, sophrologue, ergothérapeute, forfait dans la limite globale par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	3 séances / an 20 € / séance	3 séances / an 30 € / séance
Diététicien			
• Consultation prescrite par un médecin, dans la limite par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	1 séance / an 30 € / séance
• Un bilan diététique, dans la limite par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	Non pris en charge
Pédicure, podologue, non pris en charge par la Sécurité sociale, dans la limite globale par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	40 €

1. Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC). Les ostéopathes et les chiropracteurs doivent figurer aux répertoires nationaux RPPS ou ADELI. Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Les médecines douces ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n° RPPS, le n° ADELI ou le n° FINESS du praticien sera demandé.

	CONFORT	CONFORT +	ZEN
PRÉVENTION			
Vaccins			
• Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	125 % BR	Frais réels
• Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur Autorisation de Mise sur le Marché, par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	100 €
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) par année civile et par bénéficiaire	30 €	30 €	40 €
OPTIQUE [1]			
Verres et monture			
• Équipements 100 % Santé (classe A) [2]	Frais réels dans la limite des prix définis par la règlementation		
• Équipements à tarifs libres (classe B) [3] :			
– avec verres simples	50 € [4]	50 € [4]	150 € [4]
– avec verres complexes	200 € [4]	200 € [4]	270 € [4]
– avec verres très complexes	200 € [4]	200 € [4]	300 € [4]
– bonus fidélité :			
◦ après 2 ans d'adhésion, votre garantie augmente de	Pas de bonus	+ 30 €	+ 30 €
◦ après 4 ans d'adhésion, votre garantie augmente à nouveau de	Pas de bonus	+ 30 €	+ 30 €
• Dans tous les cas, le montant de la monture est plafonné à	100 % BR	50 € [4]	50 € [4]
Lentilles			
• Les lentilles de contact correctrices prises en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	100 % BR	100 % BR + 40 € [4]	100 % BR + 40 € [4]
• Les lentilles de contact correctrices non prises en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	40 € [5]	40 € [5]
La chirurgie réfractive (opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatie, de la presbytie par laser) par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	125 € [5]

1. Les forfaits en euro sur les lunettes (verres et monture) intègrent le remboursement du Régime Obligatoire. En cas d'équipement mixte 100 % Santé et à tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100 % Santé.

   Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L 165-1 du Code la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.
2. Équipements 100 % Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente – PLV) en application de l'article L 165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.
3. Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe.
4. Le taux de remboursement est limité à 100 % BR les 3 premiers mois d'assurance. Cela s'applique lors de votre adhésion au contrat et lors de l'adhésion d'un ayant-droit. Le « panier 100 % Santé » n'est pas concerné par cette limitation les 3 premiers mois.
5. Il n'y a pas de remboursement les 3 premiers mois d'assurance. Cela s'applique lors de votre adhésion au contrat et lors de l'adhésion d'un ayant droit. Le « panier 100 % Santé » n'est pas concerné par cette limitation les 3 premiers mois.

DENTAIRE

	CONFORT	CONFORT +	ZEN
Soins et prothèses 100 % Santé [1]	Frais réels dans la limite des prix définis par la règlementation		
Soins (hors 100 % Santé)			
• Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	150 % BR	175 % BR	255 % BR
Prothèses (hors 100 % Santé)			
• À tarifs limités [2]	150 % BR dans la limite de 100 % PLV	175 % BR dans la limite de 100 % PLV	255 % BR dans la limite de 100 % PLV
• À tarifs libres [3]	150 % BR	175 % BR	255 % BR
• Plafond annuel : seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de ce plafond	1 200 €	1 300 €	1 500 €
Orthodontie			
• Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale (bénéficiaire jusqu'à 16 ans)	150 % BR [5]	175 % BR [5]	255 % BR [5]
Acte dentaire non pris en charge par la Sécurité sociale			
• Implantologie, parodontologie, orthopédie dento-faciale et prothèses [4], forfait global par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	Non pris en charge	200 € [6]
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum	150 % BR	175 % BR	255 % BR

1. Soins et prothèses 100 % Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention telle que prévue à l'article L 162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente – PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L 162-14-2 du Code la Sécurité sociale et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.
2. Prothèses à tarifs limités : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autres que les « Soins et prothèses 100 % Santé » dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention telle que prévue à l'article L 162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente – PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L 162-14-2 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.
3. Prothèses à tarifs libres : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention telle que prévue à l'article L 162-9 du Code de la Sécurité sociale.
4. Actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale : Parodontologie : curetage / surfaçage, greffe gingivale, lambeau, allongement coronaire. Implantologie dentaire : pose de l'implant (phase opératoire), faux moignon implantaire et dans la limite de 3 actes par année civile et par bénéficiaire. Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité sociale : couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées. Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale.
5. Le taux de remboursement est limité à 100 % BR les 3 premiers mois d'assurance. Cela s'applique lors de votre adhésion au contrat et lors de l'adhésion d'un ayant-droit. Le « panier 100 % Santé » n'est pas concerné par cette limitation les 3 premiers mois.
6. Il n'y a pas de remboursement les 3 premiers mois d'assurance. Cela s'applique lors de votre adhésion au contrat et lors de l'adhésion d'un ayant droit. Le « panier 100 % Santé » n'est pas concerné par cette limitation les 3 premiers mois.

	CONFORT	CONFORT +	ZEN
AIDES AUDITIVES[1]			
Équipements 100 % Santé[2]	Frais réels dans la limite des prix définis par la règlementation		
Équipements à tarifs libres :			
• Bénéficiaires de 21 ans ou plus, par oreille et par période de 4 ans	400 €	500 €	600 €
• Bénéficiaires de moins de 21 ans, par oreille et par période de 4 ans	1400 €	1500 €	1700 €
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	125 % BR	200 % BR
CURES THERMALES (JUSQU'À 70 ANS)			
Prises en charge par la Sécurité sociale. Frais médicaux, frais de séjour et frais de transport. Les dépassements des médecins non adhérents à l'un des DPTAM sont limités à 100 % BR.	Non pris en charge	100 % BR	100 % BR
ASSISTANCE			
Pendant une hospitalisation			
• Garde d'enfants ou de petits-enfants	Dans la limite de 40 heures		
• Garde d'animaux	Dans la limite de 250 €		
Sortie d'une hospitalisation			
• Aide-ménagère	Dans la limite de 40 heures		
• Garde-malade	Dans la limite de 40 heures		
• Livraison de médicaments	Pendant 30 jours à la sortie d'une hospitalisation		
• Rapatriement médical en cas d'atteinte corporelle grave	En cas de déplacement à plus de 50 km du domicile		

1. Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
2. Les garanties des équipements auditifs exprimées en euros intègrent le remboursement du Régime Obligatoire.
3. Équipements 100 % Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe I à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente – PLV) en application de l'article L 165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.

1_DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT D'ASSURANCE « RESPONSABLE »

Ces dispositions sont applicables en complément des dispositions communes détaillées en Partie 3, si vous avez adhéré au contrat d'assurance « responsable » tel que mentionné dans votre Certificat d'adhésion.

ARTICLE 1 OBJET DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance de groupe auquel vous avez adhéré est émis dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », défini aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale et est conforme aux dispositions de la réforme du « 100 % Santé », instituée par la loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019.

Le contrat d'assurance est, de plus, émis dans le cadre de la loi du 11 février 1994, dite loi Madelin, qui autorise, pour les personnes ayant le statut de Travailleurs Non-Salariés (TNS), non agricoles, la déductibilité fiscale des cotisations sous certaines limites et conditions telles que définies à l'article 12 « Groupe assurable » de la présente Notice d'information.

Pour bénéficier de la déductibilité issue de la « loi Madelin » telle que prévue à l'article 154 bis du Code général des impôts, vous devez être Travailleur Non-Salarié non agricole et justifier que vous êtes à jour du paiement des cotisations au titre des Régimes Obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse en produisant avec votre demande d'adhésion, une copie de votre carte d'assuré social en cours de validité ainsi que l'attestation délivrée par la Caisse d'assurance vieillesse chaque année.

Il vous appartient de vérifier que vous pouvez bénéficier de la déductibilité fiscale, chaque année, en fonction de la règlementation en vigueur, y compris pour vos ayants droit affiliés au régime d'assurance maladie maternité des Travailleurs Non Salariés non agricole.

ARTICLE 2 DATE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT D'ASSURANCE

Ce contrat est conclu entre ACBS et l'assureur à effet du 16 juin 2021. Il est en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 et est tacitement reconduit au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation par l'ACBS ou l'assureur.

En cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe, vous en serez informé et il vous sera adressé une proposition d'assurance de maintien de vos garanties et celles de vos ayants droit pour le même niveau souscrit et aux mêmes conditions tarifaires, ceci sous réserve des sanctions en cas de fausse déclaration et du paiement des cotisations en application de l'article 6 de la loi Évin n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Toutefois, aucune nouvelle adhésion ou modification des garanties ne pourra être acceptée par l'assureur après la résiliation effective du contrat.

2_VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 3 QUELS SONT VOS REMBOURSEMENTS FRAIS DE SANTÉ ?

3.1. Règlementation du Contrat « responsable »

Pour les formules Essentielle, Essentielle +, Équilibre, Équilibre +, Liberté, Liberté +, Tranquillité, Tranquillité +, Bien-être, Bien-être +, Confort, Confort +, et Zen, le contrat d'assurance est émis dans le cadre du dispositif législatif et règlementaire relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables ».

■ En conséquence, ils prennent notamment en charge :

- le Ticket Modérateur pour toutes les catégories de soin à l'exception des cures thermales, des médicaments homéopathiques et des médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré ;
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée. Cette obligation ne concerne pas le forfait journalier des établissements médicaux sociaux ni les frais de cure thermale ;
- l'intégralité des dépenses sans reste à charge pour certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant les plafonds des Prix Limites de Vente conventionnels. La mise en place de cette prise en charge se fait progressivement selon le calendrier réglementaire.

■ ILS NE PRENNENT PAS EN CHARGE :

- **les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des DPTAM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) au-delà de la limite fixée par décret ;**
- **les pénalités appliquées par la Sécurité sociale pour non-respect du parcours de soins : majoration du Ticket Modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels ;**
- **la participation forfaitaire de 1 € applicables aux consultations et à certains examens médicaux ;**
- **les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport ;**

■ ILS NE PRENNENT PAS EN CHARGE (SUITE) :

- **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.**

Et de manière générale, ils respectent les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les conditions des contrats sont automatiquement adaptées en cas de modification de celles-ci.

En outre, le présent contrat :

- vous permet, de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent ;
- reprend l'ensemble des libellés normés et les exemples de remboursement en euros, conformément à l'engagement sur la lisibilité des garanties pris par les assureurs complémentaires envers les pouvoirs publics.

3.2. Les frais que nous prenons en charge

3.2.1. Les soins remboursés par la Sécurité sociale

Les soins dont la date de réalisation, figurant sur le décompte du Régime Obligatoire, est comprise entre le début et la fin de la garantie sont remboursés.

■ EXCLUSIONS :

- **pour certaines prestations en optique (verres, monture, lentilles) et en dentaire (orthodontie), la prise en charge est limitée au ticket modérateur les 3 premiers mois d'assurance à compter de votre adhésion et lors de l'adhésion d'un ayant droit quelle que soit la formule retenue.**

À l'issue des trois mois, ces prestations sont remboursées selon les garanties de votre contrat et la formule choisie. Le règlement des prestations est effectué en France, en euros et dans les conditions précisées dans votre tableau des prestations.

3.2.2. Les soins non remboursés par la Sécurité sociale

Sont également remboursées les prestations, non prises en charge par la Sécurité sociale mais prévues dans les garanties du présent contrat, pour lesquelles la date indiquée sur la facture est comprise entre le début et la fin de la garantie. Ainsi, peuvent être pris en charge, selon la formule choisie, les frais suivants, réalisés entre la date de début et la date de fin de garantie :

- les actes de pédicurie et de podologie ;
- les consultations chez un diététicien ;
- les bilans diététiques ;
- les séances de médecine non conventionnelle effectuées par des praticiens reconnus par la Sécurité sociale, à savoir disposant d'un numéro de référencement ADELI, RPPS ou FINESS ;
- les vaccins ;
- les moyens de contraception féminine prescrits par un médecin ;
- la radiologie ;
- les médicaments et produits à base de nicotine, dans un but de sevrage tabagique ;
- les implants dentaires, prothèses dentaires et la parodontologie ;
- les lentilles de contact correctrices ;
- les opérations de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatie et de la presbytie par laser ;
- les accessoires et entretiens pour audioprothèses ;
- le forfait journalier ;
- la chambre particulière en Hospitalisation ;
- le lit d'accompagnant en Hospitalisation.

Le règlement des prestations est effectué en France, en euros et dans les conditions précisées dans votre tableau des prestations.

■ **EXCLUSIONS :**

Par ailleurs, aucun remboursement n'est effectué les 3 premiers mois d'assurance, à compter de votre adhésion et lors de adhésion d'un ayant droit, quelle que soit la formule choisie, pour les frais suivants non pris en charge par la sécurité sociale :

- **les lentilles de contact correctrices ;**
- **les opérations de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatie et de la presbytie par laser ;**
- **les implants dentaires, prothèses dentaires et la parodontologie.**

À l'issue des trois mois, ces prestations sont remboursées selon les garanties de votre contrat et la formule choisie.

3.3. Cas particuliers des soins à l'étranger

Sont pris en charge les soins à l'étranger lorsqu'ils sont eux-mêmes pris en charge par la Sécurité sociale française sauf exceptions spécifiées ci-après. Dans tous les cas, ne sont pris 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 versé au titre des présentes garanties 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.

3.3.1. Documents à fournir, change applicable

Pour obtenir vos remboursements sur des soins à l'étranger, vous devez adresser à l'ACBS le plus tôt possible les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré même si vous bénéficiez de la télétransmission, ainsi que le décompte de Sécurité sociale. Le règlement des prestations est toujours effectué en France et en euros.

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.

3.3.2. 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 Hospitalisation de votre tableau de prestations. 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 le Ticket Modérateur est pris en charge s'il y a lieu.

3.3.3. Soins courants

Dans les pays de l'Union européenne, sont pris 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 vous sont acquises dans votre tableau des prestations ;
- 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 garanties et dans la limite de ce forfait ;
- les actes de préventions indiqués dans votre tableau des prestations non remboursés par la Sécurité sociale française s'il y a un forfait prévu dans vos garanties et dans la limite de ce forfait.

En dehors de l'Union européenne, sont pris 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.

■ **EXCLUSIONS :**

- **les actes des spécialités de médecine douce indiqués dans votre tableau des prestations et non remboursés par la Sécurité sociale française ne sont pas pris en charge lorsqu'ils sont réalisés à l'étranger, même s'il y a un forfait prévu dans vos garanties.**

3.3.4. Transport sanitaire

Ne sont pas pris 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.

3.3.5. Optique

Les limitations liées aux durées de renouvellement des lunettes mentionnées dans vos garanties sont également appliquées pour les lunettes achetées à l'étranger. Dans l'Union européenne, sont prises en charge :

- les lunettes aux conditions des lunettes à tarifs libres ;
- les lentilles prescrites, même non remboursées par la Sécurité sociale française, s'il y a un forfait prévu dans vos garanties et dans la limite de ce forfait ;
- la chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale française s'il y a un forfait prévu dans vos garanties et dans la limite de ce forfait.

En dehors de l'Union européenne, le Ticket Modérateur est pris en charge s'il y a lieu.

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

3.3.6. Dentaire

Dans l'Union européenne, sont pris 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 votre tableau des prestations ;
- 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 votre Certificat d'adhésion. 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 règlementation française, s'il y a un forfait prévu dans votre tableau des prestations 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 règlementation française aux conditions du contrat s'il y a un forfait prévu dans votre tableau des prestations et dans les limites de ce forfait.

En dehors de l'Union européenne, le Ticket Modérateur est pris en charge s'il y a lieu.

3.3.7. Aides auditives

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

Dans l'Union européenne, nous prenons en charge :

- les aides auditives conformes à la règlementation 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, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale dans les Aides auditives de votre contrat.

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

En dehors de l'Union européenne, le Ticket Modérateur est pris en charge s'il y a lieu.

3.3.8. Cure thermale

■ **NE SONT PAS PRISES EN CHARGE :**

- **les cures thermales à l'étranger.**

3.4. Soins non pris en charge

■ **NE SONT PAS PRIS EN CHARGE, QUELLE QUE SOIT LA FORMULE CHOISIE :**

- **les soins antérieurs à la date d'effet de l'adhésion ;**
- **les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale ;**
- **les longs séjours et frais relatifs :**
  - **aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques,**
  - **aux établissements ou unités de longs séjours,**
  - **aux établissements ou unités pour personnes agées ;**
- **les soins antérieurs de 2 ans à la date de leur présentation ;**
- **les frais pour lesquels vous n'avez pas fourni les justificatifs demandés (si le seul décompte de votre Régime Obligatoire ne suffit pas, vous devrez fournir à l'ACBS 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 d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge par votre contrat dit « responsable » s'ils figurent sur le décompte de la Sécurité sociale. **Ne sont pas pris en charge les dépassements d'honoraires ou frais exclus de la prise en charge des contrats responsables.**

Si vous consultez un médecin non conventionné avec la Sécurité sociale, la garantie sur la base du tarif d'autorité sera appliquée.

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

3.5. Chirurgie esthétique et Psychiatrie

3.5.1. Chirurgie esthétique

La règle générale est que le Régime Obligatoire n'intervient pas en cas de chirurgie esthétique. Lorsque par exception il intervient, nous prenons en charge aux taux indiqués dans votre tableau des prestations les opérations suivantes :

- du sein si elle est consécutive à un accident, à une pathologie dégénérative ou à une réduction mammaire importante ;
- du nez si elle est consécutive à un accident ou à une pathologie chronique documentée ;
- d'abdominoplastie si est 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 est consécutive à un accident ou à une maladie.

Dans tous les autres cas ou si vous ne fournissez pas toutes les pièces permettant au médecin conseil de l'assureur d'évaluer ces opérations, la prise en charge est limitée au Ticket Modérateur.

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.

3.5.2. Psychiatrie

Sont pris en charge la psychiatrie et la neuropsychiatrie aux taux indiqués dans votre tableau des prestations jusqu'à la 6e consultation par bénéficiaire et par année civile. Au-delà ne sont pris en charge que le Ticket Modérateur. Cette limitation s'applique pour les consultations, visites et actes en ville comme à l'hôpital.

3.6. Forfait naissance

Cette garantie est acquise si elle est mentionnée dans votre tableau des prestations. Pour bénéficier de cette garantie vous devez assurer votre enfant sur le contrat dans les 90 jours qui suivent sa naissance ou son adoption (notification par le Tribunal de Grande Instance).

3.7. Prise en charge des psychologues dans le cadre du dispositif MonPsy.

À compter d'avril 2022, dans le cadre du dispositif MonPsy introduit par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2022, la Sécurité sociale prendra partiellement en charge jusqu'à 12 séances (séance d'évaluation comprise) réalisées par un psychologue conventionné, selon les modalités du décret n° 2022-195 du 17 février 2022. 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 (en 2022 40 € sur la première séance d'évaluation et 30 € pour les séances suivantes), à hauteur du Ticket Modérateur au titre de cette nouvelle garantie dès lors que la garantie « Soins Courants » est acquise au contrat.

3.8. Quels sont les montants de vos garanties ?

Les remboursements présentés comprennent ceux du Régime Obligatoire. Ils doivent avoir fait l'objet d'une prescription médicale. Le cumul des prestations et des remboursements du Régime Obligatoire ne peut dépasser le montant des frais réels engagés.

Les montants de vos remboursements sont précisés dans le tableau de prestations des formules présentées en début de Partie 1, selon la formule que vous avez souscrite.

ARTICLE 4 SANTÉ AU QUOTIDIEN

Dès lors que vous avez adhéré au contrat « responsable », vous bénéficiez des services suivants :

4.1. Chat Médico social

Le chat santé 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.

4.2. Second Avis Médical

La prestation d'assistance « Le Second Avis Médical » consiste à permettre aux bénéficiaires du contrat, en cas d'Atteinte Corporelle Grave, de demander un avis médical supplémentaire venant d'un Médecin spécialiste. Le bénéficiaire pourra ainsi obtenir un éclairage complémentaire sur le diagnostic et/ou le traitement préconisé en premier lieu par le Médecin en charge de son suivi.

Le Bénéficiaire peut bénéficier de cette prestation une fois par an. En aucun cas le Second Avis Médical ne donne lieu à examen médical avec le Médecin spécialiste qui rend ce Second Avis Médical.

Sont exclues du champ d'application de la prestation Second Avis Médical : toute demande n'ayant pas fait préalablement l'objet d'un premier diagnostic et les maladies présentant un caractère d'urgence, c'est-à-dire qui présentent un caractère vital et nécessitent une action médicale immédiate des services d'urgences.

4.3. Téléconsultation médicale

La téléconsultation est une consultation médicale à distance, assurée par un médecin généraliste inscrit à l'Ordre des Médecins et accessible 7j/7. L'entretien est protégé par le secret médical. La téléconsultation ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences.

Elle est prise au titre du poste « Honoraires médicaux ».

4.4. Les réseaux professionnels de santé Itelis

Les réseaux de professionnels de santé Itelis permettent d'accéder à des soins de qualité à tarif négocié : optique, dentaire, audioprothèse, chirurgie réfractive, médecine douce.

Pour profiter des avantages des réseaux Itelis, localiser le partenaire le plus proche :

- soit depuis l'Espace Client via le service de géolocalisation ;
- soit en appelant le numéro figurant sur l'attestation de tiers payant.

4.5. Palmarès des hôpitaux

Des conseils pratiques pour préparer au mieux une hospitalisation ou celle d'un proche.

La possibilité :

- d'accéder à un palmarès des hôpitaux en ligne, pour trouver l'hôpital adapté ;
- d'évaluer les dépassements d'honoraire du chirurgien ;
- de bénéficier de conseils pratiques pour préparer son hospitalisation.



PARTIE 2
DISPOSITIONS APPLICABLES AU CONTRAT SANTÉ « NON RESPONSABLE »

TABLEAU DE PRESTATIONS DU CONTRAT « NON RESPONSABLE »

LES FORMULES HOSPI ET HOSPI +

Les formules Hospi & Hospi + offrent une couverture uniquement en cas d'hospitalisation. **Elles ne répondent pas aux conditions du contrat responsable ni aux dispositions de la réforme 100 % Santé.**

Les remboursements ci-dessous intègrent les remboursements de la Sécurité sociale française et de tout autre organisme, et sont effectués dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins. Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous.

Les remboursements exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) incluent la prise en charge du Régime Obligatoire. Sauf mention contraire, les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du Régime Obligatoire.

Pour mieux comprendre les garanties

- **DPTAM** : **D**ispositifs de **P**ratique **T**arifaire **M**aîtrisée

  Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.

- **BR** : **B**ase de **R**emboursement

  Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

	HOSPI	HOSPI +
HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE (Y COMPRIS FRAIS MATERNITÉ) [1]		
Honoraires		
• Médecins adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)	100 % BR	200 % BR [2]
• Médecins non adhérents à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)	100 % BR	150 % BR [2]
Forfait journalier hospitalier	100 % Forfait	100 % Forfait
Forfait actes lourds	100 % Forfait	100 % Forfait
Frais de séjour		
• Établissement conventionné ou non conventionné	100 % BR	100 % BR
Frais pré et post opératoires		
• Frais pré et post opératoires (en lien avec une intervention chirurgicale et effectués dans les 30 jours qui la précèdent ou la suivent)	100 % BR	200 % BR [2]
Hospitalisation à domicile	100 % BR	200 % BR
Chambre particulière (par jour, dans la limite de 30 jours par année civile en moyen séjour)		
• Avec nuitée	Non pris en charge	60 €
• Sans nuitée (en ambulatoire)	Non pris en charge	45 €
Lit d'accompagnant (par jour, dans la limite de 30 jours par année civile)	Non pris en charge	20 € [3]
Confort à l'hopital		
• Télévision, connexion internet, téléphone (par jour, dans la limite de 30 jours par année civile en moyen séjour)	Non pris en charge	10 €

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

   L'indemnisation des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation, et des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale, est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà des 30 jours, la garantie est limitée au Ticket Modérateur. Cette limitation à 30 jours ne s'applique pas au forfait journalier.

   Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le 1er jour au titre de l'hospitalisation.

2. Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100 %, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique lors de votre adhésion au contrat et lors de l'adhésion d'un ayant droit à l'exception des nouveau-nés.

3. Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite de 30 jours par année civile.

	HOSPI	HOSPI +
FORFAIT MATERNITÉ (BÉNÉFICIAIRE JUSQU'À 55 ANS)		
Forfait naissance, y compris en cas d'adoption (la prestation est doublée en cas de naissance multiple)	Non pris en charge	Non pris en charge
TRANSPORT		
Frais de transport (transports prescrits pour l'hospitalisation)	100 % BR	100 % BR
ASSISTANCE		
Pendant une hospitalisation		
• Garde d'enfants ou de petits-enfants	Dans la limite de 40 heures	Dans la limite de 40 heures
• Garde d'animaux	Dans la limite de 250 €	Dans la limite de 250 €
Sortie d'une hospitalisation		
• Aide-ménagère	Dans la limite de 40 heures	Dans la limite de 40 heures
• Garde-malade	Dans la limite de 40 heures	Dans la limite de 40 heures
• Livraison de médicaments	Pendant 30 jours à la sortie d'une hospitalisation	Pendant 30 jours à la sortie d'une hospitalisation
• Rapatriement médical en cas d'atteinte corporelle grave	En cas de déplacement à plus de 50 km du domicile	En cas de déplacement à plus de 50 km du domicile
AUTRES GARANTIES HORS HOSPITALISATION, TRANSPORT ET ASSISTANCE		
• Soins courants (consultations, téléconsultations, actes techniques médicaux, actes de chirurgie et visites de généralistes et spécialistes, imagerie médicale, analyses et examens de laboratoire, auxiliaires médicaux, médicaments, matériel médical, psychologue pris en charge par la Sécurité sociale), médecine douce, prévention, optique (verres et montures, lentilles, opérations de chirurgie réfractive), dentaire (soins et prothèses, orthodontie, actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale, détartrages), aides auditives, cures thermales	Non pris en charge	Non pris en charge

1_DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT D'ASSURANCE « NON RESPONSABLE »

Ces dispositions sont applicables en complément des dispositions générales détaillées en Partie 3, si vous avez adhéré au contrat d'assurance « non responsable » tel que mentionné dans votre Certificat d'adhésion.

Ce contrat ne répond pas aux conditions du contrat responsable définies par le Code de la sécurité sociale. En conséquence, les adhésions à ce contrat ne peuvent pas bénéficier des avantages sociaux et fiscaux applicables aux contrats responsables.

Notamment, les adhérents, travailleurs non-salariés, non-agricoles ne pourront pas bénéficier de la déductibilité fiscale autorisée dans le cadre de la loi du 11 février 1994, dite Loi Madelin.

ARTICLE 5 DATE EFFET ET DURÉE DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance de groupe auquel vous avez adhéré est conclu entre ACBS et l'assureur à effet du 10 décembre 2024. Il est en vigueur jusqu'au 31 décembre 2024 et est tacitement reconduit au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation par ACBS ou l'assureur.

En cas de résiliation du contrat d'assurance par l'assureur ou l'ACBS, vous en serez informé et il vous sera adressé une proposition d'assurance de maintien de vos garanties et celles de vos ayants droit pour le même niveau souscrit et aux mêmes conditions tarifaires, ceci sous réserve des sanctions en cas de fausse déclaration et du paiement des cotisations en application de l'article 6 de la loi Évin n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Toutefois, aucune nouvelle adhésion ou modification des garanties ne pourra être acceptée par l'assureur après la résiliation effective du présent contrat d'assurance.

2_VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 6 QUELS SONT VOS REMBOURSEMENTS FRAIS DE SANTÉ ?

Les formules Hospi et Hospi + ne répondent pas aux conditions du contrat « responsable » et ne permettent pas de bénéficier de la déductibilité fiscale au titre de la « loi Madelin ».

6.1. Les frais que nous prenons en charge

6.1.1. Les soins remboursés par la Sécurité sociale

Pour les formules Hospi et Hospi +, seuls les soins en Hospitalisation sont remboursés. Tout autre soin non prévu dans le tableau des prestations de la formule choisie n'est pas remboursé.

6.1.2. Les soins non remboursés par la Sécurité sociale

Sont également remboursées les prestations, non prises en charge par la Sécurité sociale mais prévues dans le tableau de prestations de la formule choisie, pour lesquelles la date indiquée sur la facture est comprise entre le début et la fin de la garantie. Ainsi, peuvent être pris en charge, selon la formule choisie, les frais suivants :

- le forfait journalier ;
- la chambre particulière en Hospitalisation ;
- le lit d'accompagnant en Hospitalisation ;
- les frais pré et post-opératoires. 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 ;
- le confort à l'Hôpital.

Le règlement des prestations est effectué en France, en euros et dans les conditions précisées dans votre tableau des prestations.

6.2. Cas particuliers des soins à l'étranger

Sont pris en charge les soins d'hospitalisation à l'étranger lorsqu'ils sont eux-mêmes pris en charge par la Sécurité sociale française sauf exceptions spécifiées ci-après. Dans tous les cas, ne sont pris 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 versé au titre des présentes garanties 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.

6.2.1. Documents à fournir, change applicable

Pour obtenir vos remboursements sur des soins à l'étranger, vous devez adresser à l'ACBS le plus tôt possible les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré même si vous bénéficiez de la télétransmission, ainsi que le décompte de Sécurité sociale. Le règlement des prestations est toujours effectué en France et en euros.

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.

6.2.2. 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 Hospitalisation de votre tableau de prestations. 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 le Ticket Modérateur est pris en charge s'il y a lieu.

6.3. Les frais non pris en charge

■ **NE SONT PAS PRIS EN CHARGE, QUELLE QUE SOIT LA FORMULE CHOISIE :**

- **les soins antérieurs à la date d'effet de l'adhésion ;**
- **les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité sociale ;**
- **les longs séjours et frais relatifs :**
  - **aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques,**
  - **aux établissements ou unités de longs séjours,**
  - **aux établissements ou unités pour personnes âgées ;**
- **les soins antérieurs de 2 ans à la date de leur présentation ;**
- **les frais pour lesquels vous n'avez pas fourni les justificatifs demandés (si le seul décompte de votre Régime Obligatoire ne suffit pas, vous devrez fournir à l'ACBS 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 d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge par votre contrat s'ils figurent sur le décompte de la Sécurité sociale. **Ne sont pas pris en charge les dépassements d'honoraires ou frais exclus de la prise en charge des contrats.**

Si vous consultez un médecin non conventionné avec la Sécurité sociale, la garantie sur la base du tarif d'autorité sera appliquée.

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

6.4. Quels sont les montants de vos garanties ?

Les remboursements présentés comprennent ceux du Régime Obligatoire. Ils doivent avoir fait l'objet d'une prescription médicale. Le cumul des prestations et des remboursements du Régime Obligatoire ne peut dépasser le montant des frais réels engagés.

Les montants de vos remboursements sont précisés dans le tableau de prestations des formules présentées en début de Partie 2, selon la formule que vous avez souscrite.



PARTIE 3
DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONTRATS SANTÉ « RESPONSABLE » & « NON RESPONSABLE »

ARTICLE 7 ACTEURS DES CONTRATS D'ASSURANCE

Les contrats Direct Assurance Santé proposés par Direct Assurance sont constitués pour chacun d'entre eux d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative frais de santé « responsable » ou « non responsable » et d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative d'assistance, faisant intervenir les acteurs suivants :

Distributeur des contrats :

Le contrat d'assurance est conclu par l'intermédiaire d'AVANSSUR, dont la marque commerciale est DIRECT ASSURANCE, courtier d'assurance – Orias n° 19006337 – SA au capital de 37 507,40 € – 378 393 946 RCS de Nanterre – Avanssur est détenue à 100 % par le groupe AXA. – Siège social : 48 rue Carnot – CS 50025 – 92 158 Suresnes Cedex, appelé ci-après « Direct Assurance ».

Souscripteur et délégataire de gestion des contrats

Le souscripteur des contrats d'assurance est l'Association Conseil Branche Santé (ACBS), Association Loi 1901 – Siret 418 102 604 00034, dont le siège social se trouve : 950 Route des Colles – Les Templiers – 06 410 BIOT – Intermédiaire en assurances immatriculé à l'ORIAS sous le N° 11 059 014 (www.orias.fr), appelée ci-après « ACBS » ou « l'Association ».

Le GIEPS (Groupement d'Intérêt Économique de Prévoyance Sociale assure la gestion déléguée par l'assureur des actes relatifs aux adhésions individuelles et aux prestations d'assurances y attachées.

Assureur des contrats

Les assureurs des contrats sont les suivants :

• AXA France Vie, S.A. au capital de 487 725 073,50 € – 310 499 959 R.C.S. Nanterre dont le siège social est à Nanterre (92 727), 313 Terrasses de l'Arche, pour garantir, pour les personnes appartenant au groupe assurable et répondant aux conditions d'adhésion (article 12 « Groupe assurable »), le remboursement total ou partiel des dépenses de santé décrites au sein de la présente Notice d'information et réalisées entre la date de début et la date de fin de la garantie, selon les dispositions du titre « Vos garanties frais de santé » ;

• INTER PARTNER ASSISTANCE, Société Anonyme de droit français, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée sous le numéro 316 139 500 RCS Nanterre, IDU n° FR322155_01UWGT, dont le siège social est situé 8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92 240 Malakoff, pour garantir l'assistance, selon les dispositions du titre « Vos garanties d'assistance ».

Ces sociétés sont des entreprises régies par le Code des assurances et soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest, CS 92 459, 75 436 Paris Cedex 09.

Adhérent aux contrats

L'adhérent est la personne qui répond aux conditions d'adhésion de l'Association et qui adhère au contrat d'assurance au moyen de la demande d'adhésion dans les conditions décrites dans la présente Notice d'information. Ses déclarations telles que décrites dans la demande d'adhésion servent de base à l'adhésion.

L'adhérent doit, par ailleurs, répondre aux conditions telles qu'exposées à l'article 12 § 12.1 « Groupe Assurable » paragraphe « Conditions d'adhésion » de la présente Notice d'information.

ARTICLE 8 OBJET DES CONTRATS D'ASSURANCE

Les contrats d'assurance ont pour objet de garantir, pour l'adhérent et ses éventuels ayants droit, le remboursement :

• de frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maladie ou un accident, en complément des prestations versées par leur Régime Obligatoire ;

• des dépenses de soins non prises en charge par le Régime Obligatoire mais relevant des garanties prévues au contrat.

Les contrats d'assurance sont soumis aux dispositions du Code des assurances et sont régis par la Loi française.

ARTICLE 9 LA NOTICE D'INFORMATION

La preuve de la remise de la Notice d'information à l'adhérent et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'ACBS. L'ACBS s'engage à vous remettre un exemplaire de la Notice précisant les modalités d'application de la garantie et à vous informer par tout moyen à sa convenance des modifications contractuelles 3 mois avant leur prise d'effet.

ARTICLE 10 INFORMATION

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application du contrat d'assurance notamment à l'adhésion ou en cas d'application de la garantie, vous pouvez vous adresser en priorité à votre interlocuteur habituel auprès de l'ACBS qui est en mesure d'étudier toutes vos demandes.

ARTICLE 11 MODIFICATION LÉGISLATIVE OU RÈGLEMENTAIRE DU CONTRAT D'ASSURANCE

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.

Le contrat d'assurance peut également être modifié d'un commun accord entre l'assureur et le souscripteur (ACBS) par avenant. Les nouvelles conditions prennent alors effet le 1er janvier de l'année suivant notre accord, ou avant cette date d'un commun accord.

Toute modification de vos droits et obligations sera portée par écrit à votre connaissance par l'Association ACBS dans un délai de 3 mois minimum avant son entrée en vigueur, conformément à l'article L 141-4 du Code des assurances.

Jusqu'à la date d'effet de cette modification, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer à votre adhésion sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et d'application immédiate. Vous pourrez résilier votre adhésion en raison de ces modifications dans les 2 mois suivant leur notification.

Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des conditions modifiées.

2_VOTRE ADHÉSION

ARTICLE 12 GROUPE ASSURABLE

12.1. Conditions d'adhésion

Pour bénéficier des garanties du contrat, vous devez répondre aux critères suivants :

- être majeur au moment de l'adhésion ;
- avoir moins de 80 ans (par différence de millésime) lors de l'adhésion ;
- être adhérent de l'Association ACBS, et être à jour du règlement des droits associatifs ;
- être affilié à l'un des Régimes Obligatoires de Sécurité sociale française suivants :
  - Régime général de la Sécurité sociale et les régimes assimilés,
  - Régime Alsace-Moselle,
  - Régime des salariés agricoles et des exploitants agricoles ;
- être résident fiscal français ;
- ne pas être couvert par un contrat de complémentaire santé obligatoire ;
- ne pas avoir sa résidence principale à Monaco ou dans les Collectivités d'Outre-Mer (COM).

NE SONT PAS ADMISSIBLES :

- **les personnes ayant déjà une complémentaire santé.**

La formule choisie, pour vous et les bénéficiaires que vous aurez désignés, est précisée sur votre Certificat d'adhésion.

12.2. Les formalités préalables

En vue de bénéficier de l'assurance, vous devez :

- renseigner un IBAN pour le remboursement des prestations de santé ainsi que le paiement de vos cotisations si vous optez pour le prélèvement automatique ;
- signer électroniquement la demande d'adhésion, le mandat SEPA (le cas échéant) et la Fiche d'intermédiation (information et conseil) auxquels vous accédez au moment d'adhérer ;
- payer l'acompte tel que détaillé dans votre demande d'adhésion ;
- fournir à la demande votre attestation d'assuré social et celle de vos ayants droit ;
- fournir une copie de votre pièce d'identité en cours de validité, carte d'identité ou passeport (si l'adresse figurant sur cette pièce est différente de celle délivrée sur la demande d'adhésion, joindre un justificatif de moins de 3 mois) ;
- fournir un certificat de radiation du précédent contrat si vous bénéficiiez d'un contrat d'assurance frais de santé, antérieurement à votre demande d'admission ;

12.3. En cours d'adhésion

Nous nous réservons le droit de vous réclamer dans les plus brefs délais, pour tout nouveau bénéficiaire :

- le certificat de radiation du précédent contrat le cas échéant ;
- en cas de changement de situation de famille (mariage, Pacte civil de solidarité ou naissance d'un enfant) :
  - conjoint : une copie de l'acte de mariage,
  - partenaire ou concubin tel que défini à l'article 15 « Quels sont les bénéficiaires de la garantie ? » : selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun,
  - enfant : une copie de l'acte de naissance ;
- en cas d'événement de la vie (départ à la retraite ou perte d'emploi) : un justificatif de cessation de l'activité professionnelle.

ARTICLE 13 DATE D'EFFET, DURÉE ET FIN DE VOTRE ADHÉSION

13.1. Date d'effet de votre adhésion

Votre adhésion prend effet à compter de la date indiquée sur le Certificat d'adhésion, sous réserve de la validation du paiement de l'acompte tel que détaillé dans votre demande d'adhésion et de la validation de votre pièce d'identité.

Cette date ne peut être antérieure à la date de réception de la demande d'adhésion signée.

Lorsque des ayants droit sont rattachés postérieurement à votre adhésion, la prise d'effet de leurs garanties est fixée au 1er jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'adhésion.

Par dérogation, en cas de demande de rattachement d'un nouveau né, si une copie de l'acte de naissance nous est transmise dans les 90 jours suivant sa naissance, la prise d'effet des garanties pourra être le jour de la naissance de cet enfant.

13.2. Durée de votre adhésion

Votre adhésion est effective pour une année au minimum et se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de l'année suivante, puis chaque année à l'échéance principale fixée au 1er janvier.

13.3. Fin de votre adhésion

13.3.1. À votre initiative

Vous pouvez mettre fin 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 ;
- si vous adhérez à un contrat collectif obligatoire d'entreprise, sous réserve de nous en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel nous en aurons eu connaissance ;
- à tout moment sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'1 an à compter de la première souscription. Dans ce cas la résiliation prend effet 1 mois après la réception de votre notification de résiliation ;
- 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'événement, 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 un mois après la réception de la notification de résiliation ;

- en cas de modification du contrat, telle qu'une hausse de la cotisation, à l'initiative de l'assureur (sauf si elle résulte d'une modification législative ou réglementaire), ou de la portée des engagements de l'Association, la notification de résiliation doit nous être adressée dans les 15 jours suivant la date à laquelle l'adhérent a été informé de la modification. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la notification de résiliation ;
- en cas de décès de l'adhérent (sur présentation du certificat de décès). En présence d'ayants droit, avec l'accord de l'Association, les droits et obligations de l'adhérent décédé peuvent être transférés à l'un d'entre eux par voie d'avenant. La désignation d'un nouvel adhérent doit s'effectuer avant la prochaine échéance du contrat.

Dans tous les cas, votre demande de résiliation peut nous être notifiée, conformément aux dispositions de l'article L 113-14 du Code des assurances et notamment :

- par lettre simple, au format papier à l'adresse suivante :

  Direct Assurance / ACBS – Les Templiers – 950 Route des Colles – CS 50335 – 06906 BIOT – SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX

- par voie électronique et notamment par le biais de votre Espace Adhérent : https://espace-adherent-sante.direct-assurance.fr.

À réception de la notification de résiliation, une confirmation écrite vous sera adressée par l'ACBS.

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 30 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 14 « 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.

13.3.2. À notre initiative

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

- en cas de cessation du paiement des cotisations, selon les modalités de l'article 9 « Cotisations » ;
- en cas de fausse déclaration, omission ou inexactitude de votre part entraînant une nullité du contrat ;
- si vous ne remplissez plus les conditions d'admission à l'adhésion.

13.3.3. Conséquences de la fin des garanties

En cas de résiliation de votre adhésion, vous devez nous fournir dans les plus brefs délais et avant 8 jours l'attestation de tiers payant.

En cas de décès, la cessation des garanties entraîne celle de vos ayants droit, sauf pour votre conjoint survivant et vos enfants. En effet, lorsque la cessation des garanties est consécutive à votre décès et sous réserve que votre conjoint survivant acquitte normalement les cotisations correspondant aux garanties dont il bénéficie, celles-ci lui sont maintenues.

ARTICLE 14 COTISATIONS

14.1. Quel est le montant de vos cotisations ?

Le montant de la cotisation due par vous et par chaque ayant droit est indiqué sur votre demande d'adhésion puis ultérieurement sur chaque avis d'échéance de cotisation.

Ce montant de cotisation est fixé annuellement et est exprimé en euros. Il est déterminé en fonction :

- de la formule choisie ;
- de l'âge ;
- de l'année d'échéance ;
- de la localisation géographique ;
- du régime social et de la catégorie socio-professionnelle.

L'âge est déterminé au 1er janvier de l'année par différence de millésime.

Le tarif enfant est applicable jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle il atteint son 17e anniversaire. Au-delà, les tarifs adultes sont appliqués.

La première année, la cotisation est appliquée au prorata temporis entre la date d'effet de l'adhésion et le 31 décembre de l'exercice.

14.2. Comment évoluent vos cotisations ?

Les cotisations évoluent :

- au 1er janvier de chaque année :
  - suite à un accroissement des indices d'augmentation de la consommation médicale publiés par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés pour tenir compte de l'évolution des charges et dépenses de santé,
  - selon l'âge de chaque assuré, le calcul de l'âge étant effectué par différence de millésime,
  - suite à une évolution des résultats techniques constatée sur une catégorie de garantie ou sur un groupe d'adhérents ;
- au 1er janvier de chaque année ou éventuellement en cours d'année : suite à une modification fiscale, législative ou réglementaire qui viendrait à affecter ou modifier les remboursements des assurances sociales et des régimes obligatoires.

14.3. Comment régler vos cotisations ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement par prélèvement automatique ou par chèque, auprès de l'assureur ou de son représentant, à la date indiquée dans l'appel de cotisation. Dès lors que le paiement est fractionné (mensuel, trimestriel, semestriel), il ne peut être accordé que par prélèvement automatique.

Le paiement de vos cotisations doit être effectué dans les 10 jours suivant leur échéance.

14.4. Quelles sont les conséquences si vous ne payez pas vos cotisations ?

En cas de non-paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice :

- ACBS vous adressera une mise en demeure par lettre recommandée ;
- en cas de non-paiement dans un délai de 30 jours à compter de cette mise en demeure, votre adhésion est suspendue conformément à l'article L 113-3 du Code des assurances ;
- votre adhésion est résiliée 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours, soit 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, sans formalité supplémentaire.

La suspension de la garantie ou la résiliation pour non-paiement de la cotisation ne vous dispense pas de l'obligation de payer l'intégralité de la cotisation prévue au contrat pour toute la période de garantie en cours. En particulier, le non-paiement d'une fraction de cotisation annuelle, entraîne de plein droit l'exigibilité immédiate du total des fractions restant dues.

La remise en vigueur de votre contrat après suspension des garanties est conditionnée au paiement intégral de votre cotisation et des éventuels frais de poursuite et de recouvrement. Ces frais correspondent aux coûts de mise en demeure de payer les cotisations émises par l'ACBS conformément aux dispositions de l'article L 113-3 alinéas 2 et 4 du Code des assurances. La remise en vigueur est effective à midi le lendemain du jour de votre paiement.

Le paiement intervenu après la résiliation de votre contrat ne le remettra pas en vigueur.

Lorsqu'un bénéficiaire engage des dépenses de santé pour cause de maladie, de maternité ou d'accident, la garantie prévoit le versement des prestations définies dans la présente Notice d'information. Ces prestations s'ajoutent aux remboursements du Régime Obligatoire, dans la limite des frais réels engagés.

Les remboursements des frais de santé ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables des frais exposés par le bénéficiaire pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L 131-2 du Code des assurances).

ARTICLE 15 QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE ?

En tant qu'adhérent, vous êtes bénéficiaire de la garantie. Vos ayants droit peuvent également bénéficier de la garantie. Pour cela, ils doivent être désignés sur votre Certificat d'adhésion et la cotisation correspondante doit être payée.

Vos ayants droit sont définis ci-après :

- votre conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale.

  Est assimilé à votre conjoint, dans le cas où votre situation ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, votre concubin, s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué.

  Le concubin doit répondre à la définition de l'article L 515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers ;
- vos enfants et ceux de votre conjoint :
  - jusqu'à leur 18e anniversaire, s'ils sont à votre charge (ou à celle de votre conjoint) au sens de la Sécurité sociale,
  - jusqu'à leur 28e année, s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale et s'ils remplissent une des conditions suivantes :
    - ils suivent des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
    - ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et ont terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
    - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21e anniversaire.

La date d'effet de l'adhésion ou de l'affiliation d'un ayant droit ne peut pas être rétroactive sauf application des modalités décrites à l'article 12 § 12.3 « Groupe Assurable » paragraphe « En cours d'adhésion ».

ARTICLE 16 COMMENT MODIFIER VOTRE NIVEAU DE GARANTIE ?

Vous avez la possibilité de modifier la formule retenue lors de votre adhésion, au 1er du mois qui suit la demande de modification sous réserve que celle-ci reste identique pour tous les ayants droit.

Tout changement de formule à la hausse comme à la baisse n'est possible qu'après 1 an minimum de couverture sur le niveau de garantie initial, et pour une durée minimum de 1 an.

Tout passage d'une formule du contrat responsable à une formule du contrat non responsable (ou inversement), nécessitera la signature d'une nouvelle demande d'adhésion et la remise d'un nouveau certificat d'adhésion.

ARTICLE 17 QUELS SONT LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ?

Pour obtenir votre remboursement vous devez faire parvenir à l'ACBS l'original du décompte de votre Régime Obligatoire pour toute prestation ayant fait l'objet préalablement d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Si vous bénéficiez de la télétransmission, votre Régime Obligatoire le fait pour vous et transmet automatiquement à l'ACBS les informations nécessaires. Vous en êtes informé par une note sur votre décompte.

Pour les garanties qui ne font pas l'objet d'un remboursement par votre Régime Obligatoire vous devez adresser à l'ACBS les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré.

Pour les cas particuliers suivants vous devez adresser à l'ACBS certaines pièces complémentaires indiquées ci-dessous :

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE
L'HOSPITALISATION	
• Dans tous les cas	– Les notes de dépassement d'honoraires.
• Selon la facturation dont relève l'établissement	– Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire ; – l'original de la facture ; – l'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement.
LA MATERNITÉ	
• Dans tous les cas	– Une copie de l'acte de naissance de l'enfant ; – les notes de dépassement d'honoraires.
• Selon la facturation dont relève l'établissement	– Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire ; – l'original de la facture ; – l'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement.
LE DENTAIRE	
• Prothèses fixes prises en charge par le Régime Obligatoire faisant l'objet d'un demande de remboursement par courrier (hors circuit de tiers payant)	– L'original du décompte de la Sécurité Sociale ; – l'original de la facture détaillée de tous les actes mentionnant en particulier le numéro des dents soignées.
• Implants, actes de parodontologie, prothèses fixes et orthodontie adulte non pris en charge par le Régime Obligatoire	– L'original de la facture détaillée de tous les actes mentionnant en particulier le numéro des dents soignées.
• Détartrage sus et sous gingival	– L'original du décompte de la Sécurité sociale (si vous n'utilisez pas le tiers payant).
LES MÉDICAMENTS	
• Les pilules contraceptives non prises en charge par la Sécurité sociale et prescrites par un médecin	– La prescription médicale et l'original de la facture.
LA MÉDECINE NON CONVENTIONNELLE	
• Dans tous les cas	– L'original de la facture avec le n° ADELI, le n° RPPS ou n° FINESS du praticien.
LES AIDES AUDITIVES	
• Dans tous les cas	– L'original du décompte de la Sécurité sociale.
• En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale	– La facture détaillée.
• Le cas échéant	– Une demande de prise en charge.
LA PRÉVENTION	
• Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin	– La prescription médicale et l'original de la facture.
• Bilan et consultation, prescrits par un médecin, chez un diététicien	– La prescription médicale et l'original de la facture.
• La radiologie, non pris en charge par la Sécurité sociale	– L'original de la facture.
• Les substituts nicotiniques	– L'original du décompte de la Sécurité sociale ou l'original de la facture s'il n'a pas été remboursé par la Sécurité sociale.
L'OPTIQUE	
• Lunettes faisant l'objet d'une demande de remboursement par courrier (hors circuit de tiers payant)	– L'original du décompte de la Sécurité sociale ; – L'original de la facture mentionnant la correction visuelle et le type de verre ; – Le cas échéant, une demande de prise en charge.
• Cas particuliers autorisant plus d'un remboursement de lunettes tous les 2 ans (ou un an pour les personnes de moins de 16 ans)	– Original de la facture et de l'ordonnance.
• Chirurgie réfractive	– L'original de la facture mentionnant la correction visuelle.
• Lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale	– L'original de la prescription médicale datant de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement).

LES PRESTATIONS	LES DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE
MATÉRIEL MÉDICAL : LES APPAREILLAGES ET PROTHÈSES DIVERSES (AUTRES QUE LES PROTHÈSES DENTAIRES ET AUDITIVES)	
• Dans tous les cas	– L'original du décompte de la Sécurité sociale.
• En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale	– La facture détaillée.
• Le cas échéant	– Une demande de prise en charge dans le réseau des partenaires.
LES FRAIS DE TRANSPORT	
• Dans tous les cas	– L'original du décompte de la Sécurité sociale.
LES CURES THERMALES	
• Dans tous les cas	– L'original du décompte de la Sécurité sociale ; – l'original des factures.
LES SOINS À L'ÉTRANGER	
• Dans tous les cas	– Les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré ; – les décomptes de Sécurité sociale.

Dans le cadre de nos contrôles de conformité, l'ACBS peut 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 :**

- **l'ACBS peut refuser le remboursement ou limiter le remboursement au Ticket Modérateur de la Sécurité sociale.**

Quelques informations supplémentaires

L'ACBS conserve les pièces justificatives que vous lui transmettrez pour une durée conforme à la règlementation applicable.

■ **À DÉFAUT DES PIÈCES JUSTIFICATIVES :**

- **nous considérons que les dépenses réelles n'ont pas excédé le tarif de la Sécurité sociale.**
- **si vous ou votre entourage organisez tout ou partie des garanties prévues au contrat sans l'accord préalable de l'assureur.**

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.

■ **VOUS ÊTES DÉCHU DU DROIT À INDEMNISATION DE LA OU DES GARANTIE(S) CONCERNÉE(S) :**

- **si vous faites intentionnellement une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,**
- **si vous utilisez sciemment des documents inexacts comme justificatifs.**

Dès lors que nous établissons le caractère frauduleux des déclarations ou de l'utilisation de documents ou justificatifs inexacts.

- **si vous ou votre entourage organisez tout ou partie des garanties prévues au contrat sans l'accord préalable de l'assureur.**

ARTICLE 18 EXPERTISES – JUSTIFICATIFS

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 de l'assureur. Si vous ne souhaitez pas fournir ces informations, nous considérons que les dépenses réelles n'ont pas excédé le tarif de la Sécurité sociale.

ARTICLE 19 SUBROGATION

En cas d'accident causé par un tiers, la déclaration doit en être faite à l'Association. Après remboursement des frais de santé dans les conditions prévues au tableau des prestations, l'assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré, conformément à l'article L 121-12 du Code des assurances. Si du fait des personnes indemnisées, la subrogation ne peut plus s'opérer en notre faveur, notre garantie cesse d'être engagée dans la mesure où elle aurait pu s'exercer.

4_VOS GARANTIES D'ASSISTANCE

La présente Notice d'information, avec la demande d'adhésion, constitue votre adhésion au Contrat d'assurance collective N° 0804221 (ci-après dénommé le « **Contrat** »). Le Contrat est indissociable du contrat d'assurance Direct Assurance Santé. Il est :

- couvert par **INTER PARTNER ASSISTANCE**, Société Anonyme de droit français, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée sous le numéro 316 139 500 RCS Nanterre, IDU n° FR322155_01UWGT, dont le siège social est situé 8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92 240 Malakoff ;
- souscrit par **Association Conseil Branche Santé (ACBS)**, Association de 1902 – JO du 21/03/98 – Siret 418 102 604 00034, dont le siège social se trouve : Les Templiers – 950 Route des Colles – 06 410 BIOT ;
- géré par **GIEPS** – Groupement d'Intérêt Économique (ordonnance n° 67-821) de Prévoyance Sociale – 950 012 997 RCS ANTIBES – Siège social : Les Templiers – 950 Route des Colles – 06 410 BIOT
- distribué par **Avanssur**, exerçant sous le nom commercial « **Direct Assurance** », société anonyme au capital de 37 507,40 euros, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 378 393 946, dont le siège social est situé 48 rue Carnot 92 150 Suresnes. Avanssur est une société de courtage, intermédiaire d'assurance, immatriculée à l'Orias sous le n° 19006337 (www.orias.fr) filiale à 100 % du Groupe AXA.

AXA Assistance est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique située Boulevard de Berlaimont 14 – 1000 Bruxelles – BELGIQUE – RPM Bruxelles (www.bnb.be). La succursale française d'AXA Assistance et Avanssur sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4, Place de Budapest – CS 92459 – 75 436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 20 OBJET DU CONTRAT D'ASSISTANCE

Le présent Contrat propose aux Bénéficiaires la mise en place de prestations d'assistance santé.

ARTICLE 21 DÉFINITIONS

Les mots ou expressions avec la première lettre en majuscule dans le corps de texte de la Notice d'information ont le sens tel que défini ci-dessous :

- **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 ;
- **Domicile :** Lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire. Il est situé en France ;
- **Hospitalisation :** Admission dans un établissement de santé en vue d'un traitement médical ou chirurgical prescrit par un médecin (y compris dans un service d'urgences) entraînant par la suite une immobilisation au domicile ;
- **Immobilisation (au Domicile) :** Obligation de demeurer au Domicile, sur prescription médicale (arrêt de travail ou incapacité totale temporaire) pour une durée supérieure à 5 jours ;
- **Équipe Médicale :** Structure d'assistance médicale qu'AXA Assistance met à disposition et adapte à chaque cas particulier par le médecin régulateur.
- **Équipe de médecins :** Médecin ou Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) salariés d'AXA Assistance ;
- **Proche :** Membre de la famille ou toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le bénéficiaire ;
- **Maladie :** Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve le Bénéficiaire ;
- **Médecin :** Médecin généraliste ;
- **Membre de la famille :** Ascendants et descendants au premier degré, conjoint marié, pacsé ou vivant en concubinage avec le Bénéficiaire, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs du bénéficiaire domiciliés dans le même pays que le Bénéficiaire.

ARTICLE 22 TERRITORIALITÉ

La garantie d'assistance « Rapatriement » s'exercent dans le Monde entier. Les autres garanties s'exercent en France, hors DOM-TOM, Monaco ou Corse.

ARTICLE 23 DESCRIPTION DES PRESTATIONS

23.1. Prestations d'assistance

Pour bénéficier de ce service vous devez contacter le numéro suivant :

01 49 65 27 58 (Coût d'un appel local)

Disponibilité : 24h / 7jours

Le Bénéficiaire doit appeler AXA Assistance pour obtenir un numéro de dossier. Seules les prestations organisées par ou avec l'accord d'AXA Assistance peuvent être prises en charge au titre du Contrat.

23.1.1. Assistance en cas de déplacement à plus de 50 km du Domicile

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

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

Nous vous dirigeons alors :

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

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

■ **Avant l'hospitalisation**

23.1.2. Recherche d'une place en milieu hospitalier

À votre demande et sur prescription médicale, notre équipe médicale recherche, dans la mesure des disponibilités, une place dans tous services hospitaliers dans des établissements privés ou publics situés **dans un rayon de 50 km autour de votre Domicile.**

■ **Pendant l'hospitalisation**

23.1.3. Garde des enfants, ou petits-enfants

Si personne ne peut assurer la garde de vos enfants ou petits-enfants **de moins de 16 ans,** dès le premier jour de l'hospitalisation ou de l'immobilisation à Domicile, nous l'organisons et la prenons en charge :

- soit en permettant la venue d'un Proche à votre Domicile ;
- soit en acheminant les enfants ou petits-enfants au domicile d'un de vos Proches ;
- soit en confiant la garde de vos enfants ou petits-enfants à votre Domicile à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, la personne s'occupe aussi de les accompagner à l'école. Les frais engagés pour ces trajets du domicile à l'école sont pris en charge jusqu'à **75 € maximum par Hospitalisation.**

Cette prestation est limitée à 40 heures, réparties sur 5 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. Le choix final des moyens de transport utilisés relève exclusivement de la décision du service assistance.

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

Nous prenons en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1re classe.

23.1.4. Garde des animaux domestiques

Si personne ne peut assurer la garde de vos animaux domestiques, dès le premier jour de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation à Domicile, nous l'organisons et la prenons en charge **dans un rayon de 50 km de votre domicile :**

- soit en organisant le transfert et la garde des animaux jusqu'à la pension la plus proche du Domicile ;
- soit en organisant le transfert des animaux au Domicile d'un Proche.
- Les coûts de transfert ou de gardiennage des animaux sont pris en charge **jusqu'à 250 € maximum par Hospitalisation.**

■ **Pendant ou après l'hospitalisation**

23.1.5. Présence d'un Proche à votre chevet

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

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

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

Cette garantie est accordée si aucun membre de votre famille ne se trouve dans un rayon de 50 km de votre lieu de Domicile ou de celui du Bénéficiaire concerné.

23.1.6. Organisation de services

À votre demande ou à celle de l'un de vos Proches, nous organisons les services suivants : accompagnement dans les déplacements sous réserve que votre état permette ce déplacement, recherche de personnel à caractère médical, paramédical ou de confort, soutien pédagogique, livraison de courses, service de pressing, coiffeur, portage de repas, pédicure, kinésithérapeute, personne de compagnie, petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie), petit jardinage, petit bricolage.

Les moyens seront mis en œuvre, par notre équipe médicale, en fonction de votre état de santé et du lieu de destination. Le coût de la garantie reste à votre charge.

■ **Après l'hospitalisation**

23.1.7. Aide-ménagère à Domicile

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère à Domicile, soit pendant la durée de l'Hospitalisation, soit dès le retour au Domicile, ou pendant l'Immobilisation à Domicile, pour assurer les tâches domestiques.

Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les 8 jours suivant votre Hospitalisation.

Nous limitons toutefois cette aide à une **période maximale de 40 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.**

La durée de présence de l'aide-ménagère est fixée par notre équipe médicale en fonction des seuls critères médicaux.

23.1.8. Garde malade

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une garde malade dès le retour au Domicile.

Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les 8 jours suivant votre Hospitalisation.

La durée de présence de la garde malade est fixée par notre équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux.

Nous limitons toutefois cette aide à la période de **20 jours suivant l'Hospitalisation. Elle ne peut excéder 40 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 4 heures consécutives minimum par jour.**

23.1.9. Livraison de médicaments

Si vous-même ou l'un de vos Proches êtes dans l'incapacité de vous déplacer, nous organisons et prenons en charge la recherche et l'acheminement des médicaments indispensables à votre traitement sur présentation d'une prescription médicale (ordonnance) **de moins de 3 mois.**

Le coût des médicaments reste à votre charge. Cette garantie est accordée dans les 30 jours suivant votre Hospitalisation.

ARTICLE 24 RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de réclamation concernant le contrat, l'Assuré peut s'adresser à son interlocuteur habituel ACBS ou à AXA Assistance aux adresses indiquées ci-dessous.

Afin de faciliter le traitement de la demande, nous l'invitons à privilégier :

- pour les demandes en lien avec la souscription et la gestion du contrat :

Direct Assurance Santé / ACBS

Les Templiers 950 Route des Colles – CS 50335

06906 BIOT – SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX

- la fourniture des prestations et le contenu des documents contractuels :

AXA Assistance – Service Gestion Relation Clientèle

8-10 rue Paul Vaillant Couturier – 92 240 MALAKOFF.

Ou sur le site internet à partir de la rubrique « contact » :
www.axa-assistance.fr/contact

AXA Assistance et ACBS s'engagent à accuser réception sous dix (10) jours ouvrables, sauf si une réponse est apportée dans ce délai. Une réponse sera adressée dans un délai maximum de deux (2) mois.

Si un désaccord subsiste deux (2) mois après la première réclamation écrite, l'Assuré peut faire appel au Médiateur, personnalité indépendante en écrivant à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110 – 75 441 Paris Cedex 09

Ou en complétant le formulaire de saisine directement sur le site internet :
www.mediation-assurance.org

Ce recours est gratuit. L'avis du Médiateur ne s'impose pas et laissera toute liberté à l'Assuré pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent. Le Médiateur formulera un avis dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la réception du dossier complet.

ARTICLE 25 MESURES RESTRICTIVES DÉFINIES PAR LA RÈGLEMENTATION FRANÇAISE ET INTERNATIONALE

AXA Assistance ne sera pas tenue de fournir une couverture, de régler un sinistre ou de fournir une prestation au titre du présent contrat dans le cas où la fourniture d'une telle couverture, le règlement d'un tel sinistre ou la fourniture d'un tel service exposerait AXA Assistance à une quelconque sanction ou restriction en vertu d'une résolution des Nations Unies ou en vertu des sanctions, lois ou embargos commerciaux et économiques de l'Union Européenne, du Royaume Uni ou des États-Unis d'Amérique.

ARTICLE 26 RESPONSABILITÉ D'AXA ASSISTANCE

L'engagement d'AXA Assistance repose sur une obligation de moyens. AXA Assistance s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues ci-dessus.

AXA Assistance ne peut être tenue 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.

AXA Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

ARTICLE 27 EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ

Pour autant AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des prestations causés par un cas de Force majeure rendant impossible l'exécution des engagements contractuels.

ARTICLE 28 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

En qualité de responsable de traitement, les informations concernant les Bénéficiaires sont collectées, utilisées et conservées par les soins d'AXA Assistance pour la souscription, la passation, la gestion et l'exécution du présent Contrat, conformément aux dispositions de la règlementation applicable en matière de protection des données personnelles et conformément à sa politique de protection des données personnelles telle que publiée sur son site internet.

Ainsi, dans le cadre de ses activités, AXA Assistance pourra :

a. utiliser les informations des Bénéficiaires ou de celles des personnes bénéficiant des garanties, afin de fournir les services décrits dans les présentes Conditions Générales. En utilisant les services d'AXA Assistance, le Bénéficiaire consent à ce qu'AXA Assistance utilise ses données à ces fins ;

b. transmettre les données personnelles du Bénéficiaire et les données relatives à son Contrat, aux entités du Groupe AXA, aux prestataires de services d'AXA Assistance, au personnel d'AXA Assistance, et à toutes personnes susceptibles d'intervenir dans les limites de leurs attributions respectives, afin de gérer le dossier de sinistre du Bénéficiaire, lui fournir les garanties qui lui sont dues au titre de son Contrat, procéder aux paiements, et transmettre ces données dans les cas où la loi l'exige ou le permet ;

c. procéder à l'écoute et/ou à l'enregistrement des appels téléphoniques du Bénéficiaire dans le cadre de l'amélioration et du suivi de la qualité des services rendus ;

d. procéder à des études statistiques et actuarielles ainsi qu'à des analyses de satisfaction clients afin de mieux adapter nos produits aux besoins du marché ;

e. obtenir et conserver tout document photographique pertinent et approprié du bien du Bénéficiaire, afin de fournir les services proposés dans le cadre de son contrat d'assistance et valider sa demande ;

f. procéder à l'envoi d'enquêtes qualité (sous forme de demandes à retourner ou de sondages) relatives aux services d'AXA Assistance et autres communications relatives au service clients ;

g. utiliser les données personnelles dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

AXA Assistance est soumis aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, à ce titre, AXA Assistance met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément aux dispositions de la Loi en la matière.

Les données recueillies peuvent être communiquées aux autres sociétés du Groupe AXA ou à un tiers partenaire, y compris pour une utilisation à des fins de prospection commerciale. Si le Bénéficiaire ne souhaite pas que ses données soient transmises aux sociétés du Groupe AXA ou à un tiers pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, il peut s'y opposer en écrivant au : Délégué à la Protection des données – AXA Assistance – 8-10 rue Paul Vaillant Couturier – 92 240 MALAKOFF.

Email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com.

Certains des destinataires de ces données sont situés en dehors de l'Union européenne, et en particulier les destinataires suivants : AXA Business Services situé en Inde et AXA Assistance Maroc Services situé au Maroc.

Pour toute utilisation des données personnelles du Bénéficiaire à d'autres fins ou lorsque la loi l'exige, AXA Assistance sollicitera son consentement.

Le Bénéficiaire peut revenir à tout moment sur son consentement.

En souscrivant au présent contrat et en utilisant ses services, le Bénéficiaire reconnait qu'AXA Assistance peut utiliser ses données à caractère personnel et consent à ce qu'AXA Assistance utilise les données sensibles décrites précédemment. Dans le cas où le Bénéficiaire fournit à AXA Assistance des informations sur des tiers, le Bénéficiaire s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini précédemment ainsi que dans la politique de confidentialité du site internet d'AXA Assistance (voir ci-dessous).

Le Bénéficiaire peut obtenir, sur simple demande, copie des informations le concernant. Il dispose d'un droit d'information sur l'utilisation faite de ses données (comme indiqué dans la politique de confidentialité du site AXA Assistance – voir ci-dessous) et d'un droit de rectification s'il constate une erreur.

Si le Bénéficiaire souhaite connaître les informations détenues par AXA Assistance à son sujet, ou s'il a d'autres demandes concernant l'utilisation de ses données, il peut écrire à l'adresse suivante : Délégué à la protection des données – AXA Assistance – 8-10 rue Paul Vaillant Couturier – 92 240 MALAKOFF. Email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com.

L'intégralité de notre politique de confidentialité est disponible sur le site : axa-assistance.fr ou sous format papier, sur demande.

5_LA VIE DU CONTRAT

ARTICLE 29 RENONCIATION

29.1. En cas d'adhésion par voie de démarchage

Les dispositions suivantes issues de l'article L 112-9 du Code des assurances s'appliquent : « Toute 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, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

L'adhérent peut donc renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat (soit à compter du jour où il reçoit son Certificat d'adhésion) ; à condition de ne pas avoir eu connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

29.2. En cas d'adhésion à distance

Selon l'article L 112-2-1 du Code des assurances, l'adhérent peut renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir soit à compter du jour où il reçoit son Certificat d'adhésion, soit à compter du jour où il reçoit la Notice d'information et les informations conformément à l'article L 222-6 du Code de la consommation si cette date est postérieure à la date de réception du Certificat d'adhésion.

La renonciation peut être faite :

- via la faculté de renonciation en ligne mise à disposition sur l'Espace Personnel. Dans ce cas, l'adhérent reçoit sur un support durable un accusé de réception de sa demande de renonciation ;
- par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à :

Direct Assurance Santé / ACBS Les Templiers
950 Route des Colles – CS 50335
06906 BIOT - SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX

Par exemple, selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) ..... (civilité, nom, prénom),
né(e) le ..... (date de naissance),
demeurant ..... (adresse de l'adhérent),
déclare irrévocablement renoncer à mon adhésion n° XXX
au contrat d'assurance, en date du .....
Fait à ..... le .....
Signature de l'adhérent ..... »

La renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion, mettant fin à l'ensemble des garanties, à compter de la date de réception de la lettre de renonciation, à condition qu'aucune prestation n'ait déjà été versée au titre dudit contrat.

Les cotisations déjà versées sont remboursées au prorata de la période de garantie déjà écoulée, dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre de renonciation.

ARTICLE 30 RÉCLAMATIONS

30.1. 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 ACBS :

• dans votre Espace Adhérent, à la rubrique « Nous contacter » :

https://espace-adherent-sante.direct-assurance.fr

• ou par courrier à l'adresse suivante :

Direct Assurance Santé / ACBS Les Templiers

950 Route des Colles – CS 50335

06 906 BIOT – SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX

Ou à tout moment, au Service Satisfaction Client

• dans votre Espace Adhérent, à la rubrique « Nous contacter » :

https://espace-adherent-sante.direct-assurance.fr

• ou par courrier à l'adresse suivante :

Direct Assurance Santé / ACBS Les Templiers

950 Route des Colles – CS 50335

06 906 BIOT – SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX

30.2. Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de dix jours. Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de soixante jours.

30.3. La saisine du Médiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

– deux 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 :

Le médiateur de l'Assurance – TSA 50110 – 75 441 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 l'assureur, restent libres de suivre ou non la proposition du Médiateur.

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

ARTICLE 31 PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L 114-1 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 fausse 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 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 contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil) ;**
- **la demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil) ;**
- **l'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil) ;**
- **l'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil) ;**
- **le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil) ;**
- **l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil) ;**
- **l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).**

Conformément à l'article L 114-3 du Code des assurance, par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 32 PROSPECTION COMMERCIALE

32.1. La prospection par téléphone

L'assuré est informé que toute sollicitation téléphonique effectuée à des fins commerciales nécessite son consentement préalable, sauf lorsqu'elle intervient dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et a un rapport avec l'objet de celui-ci.

32.2. La prospection par e-mail

Comme l'assuré a renseigné son adresse e-mail lors de la souscription du contrat, il est possible qu'il reçoive des e-mails de prospection commerciale pour des produits ou services analogues. Vous pourrez à tout moment faire cesser ces communications électroniques en cliquant sur le lien de désabonnement présent dans l'e-mail, en remplissant le formulaire accessible dans la rubrique « Données personnelles » du site www.direct-assurance.fr ou en adressant votre demande à Avanssur, Service Consommateurs, 48 rue Carnot, CS 50025, 92 158 Suresnes Cedex.

ARTICLE 33 LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

AXA France Vie, INTER PARTNER ASSISTANCE, Avanssur, ACBS et GIEPS sont responsables conjoints des traitements des données de l'assuré dans le cadre du contrat d'assurance.

AXA France Vie et INTER PARTNER ASSISTANCE interviennent comme assureurs couvrant les différentes garanties des contrats d'assurance, Avanssur intervient comme distributeur des contrats d'assurance et l'ACBS comme souscriptrice des contrats d'assurance auquel vous avez adhéré et gestionnaire de celui-ci.

Vos données vont être utilisées pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des contrats d'assurance ainsi que, selon la situation :

- dans le cadre de contentieux ;
- pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
- afin de se conformer à une règlementation applicable ;
- ou pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

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

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union européenne, le transfert est limité :

- aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ;
- ou 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 l'assureur.

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

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

Le point de contact pour exercer vos droits est le délégué à la protection des données de l'ACBS : par email (cnil@gieps.fr) ou par courrier (ACBS –Délégué à la Protection des Données – 950 Route des Colles – Les Templiers – CS 50335 – 06 906 BIOT – SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

ARTICLE 34 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'adhérent déclare être pleinement informé(e) que l'assureur, en sa qualité d'organisme financier, est soumis aux obligations légales issues principalement du Code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (articles L 561-1 et suivants du Code monétaire et financier) et que pour répondre à ses obligations légales, AXA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Afin de permettre à l'assureur de respecter ces obligations, l'adhérent s'engage à remettre à ce dernier les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client demandés soit directement, soit par l'intermédiaire d'une tierce personne délégataire du souscripteur. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments pourront faire l'objet d'une actualisation tout au long de la relation d'affaires.

L'adhérent s'engage par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par ses 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 1 an et ne participent pas au financement du terrorisme.

ARTICLE 35 MESURES RESTRICTIVES DÉFINIES PAR LA RÈGLEMENTATION FRANÇAISE ET INTERNATIONALE

Dans le cadre des mesures restrictives définies par la règlementation 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, de France ou des États-Unis d'Amérique.

ARTICLE 36 QUE SIGNIFIENT CERTAINS TERMES DE VOTRE CONTRAT ?

Certains termes sont fréquemment utilisés dans votre contrat d'assurance. Nous vous indiquons ci-après leur signification.

100 % Santé

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés (Prix Limites de Vente ou PLV).

Pour ces prestations identifiées (désignées par « panier 100 % Santé » ou « acte à prise en charge renforcée ») qui sont définies règlementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre 100 % Santé.

Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers 100 % Santé.

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier 100 % Santé et d'établir un devis faisant systématiquement apparaitre un équipement du panier 100 % Santé.

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier 100 % Santé, de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier 100 % Santé, chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Accident

Atteinte corporelle non intentionnelle médicalement constatée provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Acompte

Somme payée pour finaliser la demande d'adhésion au contrat d'assurance et dont le détail figure au sein de la demande d'adhésion.

Actes Médicaux Et Consultations Hors Parcours De Soins

Sont visés :

- les actes médicaux ou consultations réalisés pour un assuré de plus de 16 ans n'ayant pas déclaré de médecin traitant à sa caisse d'assurance maladie ;
- les actes médicaux ou consultations réalisés et non recommandés par le médecin traitant déclaré par l'assuré de plus de 16 ans à sa caisse maladie.

La majoration de participation et les dépassements d'honoraires autorisés liés au non-respect du parcours de soins sont remboursables en partie selon le tableau des prestations et les garanties souscrites.

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 ou Vous

Personne membre de l'Association et qui adhère au contrat.

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.

Bénéficiaires

Personnes sur lesquelles reposent l'assurance, c'est-à-dire l'adhérent et ses éventuels ayants droit tels que définis à l'article 15 « Quels sont les bénéficiaires de la garantie ? » répondant aux conditions pour être assurés.

Certificat d'Adhésion

Document envoyé à l'adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion par ACBS. Il reprend les conditions d'admission, les bénéficiaires désignés, la formule souscrite ainsi que la date de prise d'effet.

Complémentaire Santé

Ensemble des garanties assurant la prise en charge pour une personne et/ou famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

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.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé (DPTAM)

Un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée est un dispositif ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.

Famille

L'adhérent assuré, son conjoint (ou la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) ou le concubin), ses descendants ou ceux de son conjoint.

Forfait journalier hospitalier

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entrainés par son hospitalisation.

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 précédent ou suivent une opération chirurgicale et qui ont un rapport direct avec celle-ci.

Hospitalisation

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

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 R 160-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

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

Maladie
Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente.

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.

Participation forfaitaire de 1 €
Participation forfaitaire d'1 euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse ;
- des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire 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 euro n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

Prix Limite de Vente (PLV)
Le Prix Limite de Vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les Prix Limite de Vente tels que définis par le Code de la Sécurité sociale.

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 français de Sécurité sociale auquel est affilié l'adhérent.

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

Il est constitué :

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

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

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

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

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

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

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

Soins inopinés
Les soins inopinés sont les soins dispensés à l'étranger qui n'ont pas été programmés et donnant lieu à un remboursement par la Sécurité sociale française. Les conditions de prise en charge de la Sécurité sociale pour les soins dispensés à l'étranger sont précisées dans les articles R 160-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

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)
Le Ticket Modérateur 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'1 euro ou d'une franchise).

Le Ticket Modérateur est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Verres complexes
Verres unifocaux :

- dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6,00 dioptries.

Verres multifocaux ou progressifs :

- dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) 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 ;
- dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 8,00 dioptries.

Verres simples
Verres unifocaux :

- dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Une société du groupe AXA

Direct Assurance
48 rue Carnot – CS 50025 – 92 158 Suresnes Cedex.
Contrat d'assurance de groupe **DIRECT ASSURANCE SANTÉ** souscrit par **Association Conseil Branche Santé (ACBS)** – Association de 1901 – JO du 21/03/98 – Siret 418 102 604 00034 – Orias n° 11 059 014 (www.orias.fr), siège social : Les Templiers – 950 Route des Colles – 06 410 BIOT et présenté par **Avanssur** – SA au capital de 37 507,40 € détenue à 100 % par le groupe AXA – 378 393 946 RCS Nanterre – Siège social : 48 rue Carnot – CS 50025 – 92 158 Suresnes Cedex – agissant en qualité de courtier d'assurance – Orias n° 19006337 (www.orias.fr) / Assureurs : **AXA France Vie** – SA au capital de 487 725 073,50 euros – 310 499 959 RCS NANTERRE – TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 9 – siège social : 313, Terrasses de l'Arche – 92 727 NANTERRE CEDEX – Entreprise régie par le Code des assurances et **INTER PARTNER ASSISTANCE** Société Anonyme de droit français, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée sous le numéro 316 139 500 RCS Nanterre, IDU n° FR322155_01UWGT, dont le siège social est situé 8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92 240 Malakoff / Centre de gestion des contrats et des sinistres : **GIE** (ordonnance n° 67-821) **de Prévoyance Sociale** – 950 012 997 RCS ANTIBES – Siège social : Les Templiers – 950 Route des Colles – 06 410 BIOT

SANTÉ_0726 VW_V2 Crédits photos : Thinckstock N° IDU : FR232655_03PSOH