

# Vos garanties

Les prestations s'entendent **y compris** la part Sécurité sociale.

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire.

Sauf mention expresse, les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné. Les niveaux d'indemnisation se font dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

**Votre régime obligatoire respecte des règles de prise en charge maximales définies à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la Sécurité sociale, tout autre éventuel régime complémentaire frais de santé et les présentes garanties.**

## Abréviations :

BR = Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de remboursement.

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

DPTM = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :

– OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée.

– OPTAM CO = Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF = Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet :

<https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-referance/plafond-securite-sociale>).

RSS = Remboursement Sécurité sociale = Montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

TM = Ticket Modérateur, partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

€ = Euro.

Hospitalisation		
Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Régime obligatoire	Surcomplémentaire
<b>Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité</b>		
Frais de séjour		
– Pour le secteur conventionné	RSS + 400 % BR	Néant
– Pour le secteur non conventionné	80 % FR dans la limite de RSS + 400 % BR, avec un minimum de 100 % BR	Néant
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	Néant
Honoraires		
– Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires		
• Pour les médecins adhérents à un DPTM	RSS + 400 % BR	Néant
• Pour les médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR	Si RSS égal à 80 % BR : + 280 % BR Si RSS égal à 100 % BR : + 300 % BR
Chambre particulière		
– Pour le secteur conventionné	5,5 % PMSS par jour	Néant
– Pour le secteur non conventionné	80 % FR dans la limite de 5,5 % PMSS par jour	Néant
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de -12 ans	3 % PMSS par jour	Néant

## Hospitalisation à domicile

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Régime obligatoire	Surcomplémentaire
Honoraires remboursés par la Sécurité sociale		
– Honoraires médicaux des praticiens		
• Pour les médecins adhérents à un DPTM	100 % FR	Néant
• Pour les médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR	100 % FR
– Honoraires paramédicaux		
	100 % FR	Néant
Autres soins remboursés par la Sécurité sociale		
	100 % FR	Néant

## Transport

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Régime obligatoire	Surcomplémentaire
<b>Transport remboursé par la Sécurité sociale</b>	265 % BR	Néant

## Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Régime obligatoire	Surcomplémentaire
<b>Honoraires médicaux</b>		
Remboursés par la Sécurité sociale		
– Généralistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents à un DPTM	270 % BR	Néant
• Pour les médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR	Néant
– Spécialistes (consultations, visites)		
• Pour les médecins adhérents à un DPTM	400 % BR	Néant
• Pour les médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR	Néant
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)		
• Pour les médecins adhérents à un DPTM	470 % BR	Néant
• Pour les médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR	Néant
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)		
• Pour les médecins adhérents à un DPTM	270 % BR	Néant
• Pour les médecins non adhérents à un DPTM	200 % BR	Néant

Remboursés par la Sécurité sociale		
Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, étio-pathie, homéopathie <sup>(1)</sup>	55 € par séance pour l'ostéopathie et 40 € par séance pour les autres spécialités, dans la limite globale de 4 séances par année civile	Néant
Diététiciens pour un enfant de moins de 12 ans	50 € par séance, dans la limite d'une séance par année civile	Néant
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	260 % BR	Néant
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	260 % BR	Néant
<b>Médicaments</b>		
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	Néant
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>		
Remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	Néant
Non remboursée par la Sécurité sociale		
– Vaccins contre la grippe et autres	100 % FR	Néant
<b>Matériel médical</b>		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditifs, dentaires et d'optique)	560 % BR	Néant
<b>Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale</b>		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	Néant

## Aides auditives

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Régime obligatoire	Surcomplémentaire
<b>Équipements 100 % Santé <sup>(2)</sup></b>		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction) <sup>(3)</sup>	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV	Néant
<b>Équipements libres <sup>(1)</sup></b>		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>e</sup> anniversaire <sup>(3)</sup>	100 % des FR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)	Néant
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>e</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>e</sup> après correction) <sup>(3)</sup>	100 % des FR dans la limite du plafond réglementaire (1700 € RSS inclus au 01/01/2021)	Néant

<b>Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale <sup>(1)</sup></b>	700 % BR	Néant
--	----------	-------

(1) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

(2) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(4) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement.

## Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Régime obligatoire	Surcomplémentaire

### Soins et prothèses 100 % Santé <sup>(1)</sup>

Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF	Néant
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		

### Prothèses

Panier maîtrisé <sup>(1)</sup>		
- Inlay, onlay	570 % BR dans la limite des HLF	Néant
- Inlay core	570 % BR dans la limite des HLF	Néant
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	570 % BR dans la limite des HLF	Néant
Panier libre <sup>(2)</sup>		
- Inlay, onlay	570 % BR	Néant
- Inlay core	570 % BR	Néant
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	570 % BR	Néant

### Soins

Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	270 % BR	Néant
--	----------	-------

### Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale

Orthodontie	600 % BR	Néant
-------------	----------	-------

### Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale

Parodontologie	Crédit de 200 € par année civile	Néant
Implants dentaires (la garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner)	850 € par implant dans la limite de 3 implants par année civile	Néant
Soins prothétiques et prothèses dentaires pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement de la Sécurité sociale : Couronnes et bridges Prothèses dentaires provisoires Réparations (sauf si caractère esthétique)	Crédit de 750 € par année civile	Néant

(1) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100% Santé, tels que définis réglementairement.

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

# Optique

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Régime obligatoire	Surcomplémentaire
<b>Équipements 100 % Santé <sup>(1)</sup></b>		
Monture de Classe A quel que soit l'âge <sup>(2)</sup>	RSS + 100 % des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV	Néant
Verres de Classe A quel que soit l'âge <sup>(2)</sup>		
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)		
Supplément pour verres avec filtres de Classe A		
<b>Équipements libres <sup>(2)</sup></b>		
Monture de Classe B quel que soit l'âge <sup>(2)</sup>	100 € (RSS inclus)	Néant
Verres de Classe B quel que soit l'âge <sup>(2)</sup>	Voir grille optique ci-après	Néant
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B</b>		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	100 % BR dans la limite des PLV	Néant
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % BR dans la limite des PLV	Néant
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	Néant
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>		
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale		
- Dans le réseau SANTECLAIR	560 % BR	Néant
- Hors réseau SANTECLAIR	435 % BR	Néant
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)		
- Dans le réseau SANTECLAIR	500 % BR reconstituée	Néant
- Hors réseau SANTECLAIR	375 % BR reconstituée	Néant
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	35 % PMSS par oeil opéré	Néant

(1) Équipements de Classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de Classe A, pris en charge dans le cadre du 100% santé, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(2) Conditions de renouvellement

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

– Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

– Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

– Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue

est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

– une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.

– une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(3) Équipements de Classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

## Grille optique du régime complémentaire obligatoire

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent y compris la part Sécurité sociale.

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par verre pour les enfants et les adultes	
			Dans le réseau SANTECLAIR	Hors réseau SANTECLAIR
Unifocaux	Sphériques	SPH de – 6 à + 6 <sup>(1)</sup>	150 €	125 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	300 €	235 €
	Sphéro cylindriques	SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4	150 €	125 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	150 €	125 €
		SPH > 0 et S > + 6	300 €	235 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	300 €	235 €
		SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4	300 €	235 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de – 4 à + 4	300 €	235 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	300 €	235 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	300 €	235 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	300 €	235 €
		SPH de – 8 à 0 et CYL > + 4	300 €	235 €
		SPH > 0 et S > + 8	300 €	235 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	300 €	235 €

(1) Le verre neutre est compris dans cette classe.

## Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation	
	Régime obligatoire	Surcomplémentaire
<b>Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale</b>		
Frais de traitement et honoraires, frais de voyage et hébergement	RSS + 200 % BR	Néant
<b>Forfait maternité</b>		
Naissance d'un enfant déclaré, ou adoption d'un enfant de moins de 12 ans déclaré (Garantie limitée à un paiement par enfant déclaré)	655 € par enfant	Néant
<b>Téléconsultation médicale <sup>(1)</sup></b>	Oui	

(1) La téléconsultation médicale est conforme au décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. Elle est réalisée sur la base d'un contrat conclu entre l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (ARS) et AXA Assurance.

Autorisation de la CNIL - délibération n° 2015-134 du 23 avril 2015.

AXA ASSISTANCE France - Société anonyme - Siège social : 6, rue André Gide - 92320 Châtillon - RCS Nanterre n° 311 338 339.