



# Florissanté...

Garantie complémentaire  
Frais de santé

...la complémentaire santé



pour vous !



# TABLEAU DES PRESTATIONS FLORISSANTÉ

Les remboursements complémentaires suivent pour l'ensemble des options de garantie le parcours d'un contrat "Responsable" selon la Loi N°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie ainsi que ses décrets sauf si la mention "Contrat Non Responsable" est précisée sur le certificat d'adhésion.

## Adhésion sans Questionnaire de Santé

## Adhésion avec QS

HOSPITALISATION (Y compris en maternité)	1	2	3	4	5	6
Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique conventionnée ou hôpital public	Frais réels					
Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique non conventionnée agréée, hôpital public secteur privé	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Séjours spécialisés limités à 90 jours (1)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires médicaux, chirurgicaux et autres actes durant le séjour en hospitalisation médicale ou chirurgicale	100%	125%	150%	175%	200%	250%
Chambre particulière (limitée à 60 jours (1) en séjours spécialisés)	30 € par jour	45 € par jour	55 € par jour	65 € par jour	75 € par jour	95 € par jour
Forfait journalier hospitalier (limité à 60 jours (1) en séjours spécialisés)	Frais réels					
Lit accompagnant (enfants, adultes inscrits) (limité à 60 jours (1))	8 € par jour	12 € par jour	15 € par jour	20 € par jour	25 € par jour	30 € par jour
Maternité (doublement du forfait en cas de naissance gémellaire) - Adoption	-	Forfait de 100 €	Forfait de 120 €	Forfait de 150 €	Forfait de 180 €	Forfait de 230 €
Les plus hospi	Plafonnés à 50 € (1)					
Transport ambulance	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation à domicile	100%	125%	150%	175%	200%	250%

DENTAIRE	1	2	3	4	5	6
Actes, Soins et Chirurgie Dentaires	100%	100%	125%	150%	175%	200%
Prothèse dentaire	100%	150%	175%	200%	250%	300%
Bonus dès la 3ème année	-	75 € (1)	100 € (1)	150 € (1)	200 € (1)	250 € (1)
Remboursement plafonné (1)						
1ère année à	-	-	-	-	800 €	1000 €
2ème année à	-	-	-	-	1200 €	1550 €
3ème et 4ème année à	-	-	-	-	2100 €	2600 €
Orthodontie	100%	150%	175%	200%	250%	300%
Implantologie, remboursement complémentaire de	-	50 € (1)	100 € (1)	150 € (1)	200 € (1)	250 € (1)

OPTIQUE MÉDICALE	1	2	3	4	5	6
Verres, montures, *lentilles et Opération au laser, en complément du régime obligatoire (*prescrites médicalement si refusées par le régime obligatoire)						
Optique médicale : adulte	50 € (1)	130 € (1)	150 € (1)	180 € (1)	210 € (1)	250 € (1)
Optique médicale : enfant	35 € (1)	90 € (1)	110 € (1)	140 € (1)	170 € (1)	210 € (1)
Bonus supplémentaire	30 € (2)	70 € (2)	100 € (2)	120 € (2)	150 € (2)	200 € (2)
Complément supplémentaire pour verres progressifs	-	30 € (1)	50 € (1)	75 € (1)	100 € (1)	150 € (1)
Complément supplémentaire par œil à partir de la 5ème année pour opération au laser (1)	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €

**TABLEAU DES PRESTATIONS FLORISSANTÉ suite**
**Adhésion sans Questionnaire de Santé**
**Adhésion avec QS**

HORS HOSPITALISATION	1	2	3	4	5	6
Consultations - Visites	100%	100%	125%	150%	175%	200%
Pharmacie	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Petite chirurgie, Actes techniques médicaux	100%	125%	150%	175%	200%	250%
Laboratoire - Radios	100%	100%	125%	150%	175%	200%
Auxiliaires médicaux - Rééducation	100%	100%	125%	150%	175%	200%
Orthopédie, Appareillage, Prothèse autre que dentaire	100%	125%	150%	175%	250%	300%
Prothèses liées à un traitement de chimiothérapie (capillaire, mammaire...)	Néant	100 € (1)	150 € (1)	200 € (1)	250 € (1)	300 € (1)
Grand appareillage, Prothèse auditive	100%	125%	150%	175%	250%	300%
Complément (toutes prestations confondues) à partir de la 5ème année de	-	150 € (1)	170 € (1)	200 € (1)	250 € (1)	250 € (1)
Ostéodensitométrie (une fois dans la vie du contrat)	Plafonnée à 75 €	Plafonnée à 80 €	Plafonnée à 85 €	Plafonnée à 90 €	Plafonnée à 100 €	Plafonnée à 110 €

  

PHARMACIE NON REMBOURSÉE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE	1	2	3	4	5	6
Médicaments ordonnancés, Pilule contraceptive, Sevrage tabagique (toutes prestations confondues)	Plafonnés à 20 € (1)	Plafonnés à 25 € (1)	Plafonnés à 30 € (1)	Plafonnés à 40 € (1)	Plafonnés à 50 € (1)	Plafonnés à 60 € (1)

  

PRÉVENTION	1	2	3	4	5	6
Ostéopathe, Chiropracteur, Pédicure, Podologue, Acupuncteur, Homéopathe (non remboursés par le RO) toutes séances confondues	8 € par acte Plafonnés à 80 € (1)	10 € par acte Plafonnés à 100 € (1)	12 € par acte Plafonnés à 120 € (1)	15 € par acte Plafonnés à 150 € (1)	18 € par acte Plafonnés à 180 € (1)	18 € par acte Plafonnés à 180 € (1)
Vaccins	Plafonnés à 100 € (1)	Plafonnés à 100 € (1)	Plafonnés à 100 € (1)	Plafonnés à 100 € (1)	Plafonnés à 100 € (1)	Plafonnés à 100 € (1)
Vaccins contre le cancer du col de l'utérus	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Bilan nutritionnel	Néant	Plafonné à 40 € (1)	Plafonné à 40 € (1)	Plafonné à 40 € (1)	Plafonné à 50 € (1)	Plafonné à 50 € (1)
Scellement des sillons (dentaire)	100%	100%	125%	150%	175%	200%

  

AUTRES PRESTATIONS	1	2	3	4	5	6
Cure thermale	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément cure thermale	30 € (1)	50 € (1)	100 € (1)	150 € (1)	200 € (1)	250 € (1)
Fécondation in-vitro (une fois dans la vie du contrat) dès la 3ème année	Néant	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
Soins inopinés à l'étranger (voir CG territorialité)	100%	100%	125%	150%	175%	175%
Indemnité coups durs "pathologie grave ou chômage suite à liquidation judiciaire (dépôt de bilan)" (une fois dans la vie du contrat)	Indemnité de 150 €	Indemnité de 300 €	Indemnité de 400 €	Indemnité de 550 €	Indemnité de 750 €	Indemnité de 1000 €

  

SERVICES	1	2	3	4	5	6
Exonération et/ou remboursement de la cotisation si hospitalisation + de 9 nuits suite à un accident	Garantie	Garantie	Garantie	Garantie	Garantie	Garantie
Garanties assistance	Incluses	Incluses	Incluses	Incluses	Incluses	Incluses

Tous les pourcentages sont exprimés en fonction de la base de remboursement du régime obligatoire, y compris le remboursement de celui-ci et les éventuels montants non remboursables selon la Loi N° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie ainsi que ses décrets (participation forfaitaire, franchises médicales, majoration de participation et dépassements d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins). Si le contrat est Non Responsable il faut lire "y compris le remboursement de celui-ci, la participation forfaitaire et les franchises médicales".

(1) par année civile et par assuré. (2) par année civile et par assuré, à condition qu'il n'ait pas eu de remboursement "optique" durant 2 années civiles consécutives.

Le total des remboursements complémentaires, du Régime obligatoire et les prestations non prises en charge au titre du présent contrat tel que défini ci-dessus ne peut excéder les frais justifiés réellement engagés.

Les prestations détaillées dans le tableau ci-dessus s'entendent, dans tous les cas, selon les clauses et conditions du contrat.

## I • Dispositions générales

### ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative est souscrit par l'Association, appelée ci-après l'Association, dont le siège social se trouve : 20, chemin des Sables – Boîte Postale N° 102 – 06167 JUAN-LES-PINS CEDEX, auprès de AXA France Vie – Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros – 310 499 959 R.C.S. PARIS ou de AXA Assurance Vie Mutuelle – Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes – Siren 353 457 245 – Entreprises régies par le Code des Assurances, dont les sièges sociaux se trouvent : 26, rue Drouot – 75009 PARIS appelées ci-après l'Assureur. Le contrat entre l'Association et l'Assureur se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de six mois par lettre recommandée. A cette échéance l'Assureur s'engage à ne pas mettre fin aux garanties individuellement accordées aux Assurés. Ce contrat est réservé aux membres de l'Association appelés, ci-après, les Adhérents. Ce contrat peut également être modifié par avenant ; l'Adhérent sera informé par l'Association avant toute modification apportée à ses droits ou obligations dans le respect de l'article L 141-4 du Code des Assurances.

L'Assuré, personne sur laquelle repose l'assurance, est également Adhérent au contrat sauf mention contraire stipulée sur le certificat d'adhésion.

Il a pour objet de garantir, pour lui et sa famille assurée, le remboursement de frais médicaux occasionnés par une maladie ou un accident, en complément des prestations versées par leur régime obligatoire et dans la limite des dépenses réellement engagées. Les déclarations des Adhérents servent de base à leur adhésion qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf effet des Lois et Décrets du Code des Assurances. L'adhésion est composée de la demande d'adhésion, du certificat d'adhésion et de la présente note d'information ; celle-ci représente les garanties **Florissanté** et reprend les conditions générales du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative précité. L'Association assure les actes de gestion nécessaires à l'acceptation et au fonctionnement du contrat et des adhésions.

Elle peut déléguer tout ou partie de ces tâches à un organisme de son choix.

Le contrat est rédigé et conclu en langue française.

### ARTICLE 2 – CONDITIONS D'ADMISSION

Sont admissibles dans le cadre d'une adhésion familiale obligatoire et sous réserve d'acceptation par l'Association dans la garantie choisie, les Adhérents ayant :

- moins de 60 ans lors de l'adhésion (par différence de millésime),
- rempli et signé pour chaque membre de la famille la demande d'adhésion précisant la garantie choisie et le questionnaire de santé pour les seules garanties pour lesquelles il est demandé,
- réglé les droits d'entrée et cotisations associatives dont les montants sont précisés à l'Article 5 de la présente note d'information,
- souscrit pour l'ensemble de la famille la même garantie ou une garantie correspondant au régime obligatoire de chaque membre (une demande d'adhésion devra être utilisée pour chaque régime sollicité).

L'Association peut demander, si le questionnaire de santé est nécessaire à l'adhésion (selon option de garantie choisie) et selon les réponses apportées, toutes justifications, visites ou examens complémentaires. Elle peut majorer la cotisation, modifier ou refuser les garanties. Dans chacun des cas l'Adhérent en est avisé préalablement.

### ARTICLE 3 – DÉBUT DES GARANTIES

Les garanties prennent effet, sous réserve des périodes d'attente ci-après, pour chaque Adhérent, à compter de la date indiquée sur son certificat d'adhésion, et sous réserve du paiement de la cotisation ; cette date ne peut être antérieure à la date de réception de la demande d'adhésion par l'Association.

#### PÉRIODES D'ATTENTE :

Toutes les options de garanties sont soumises à une période d'attente de 30 jours concernant l'ensemble des frais liés à une hospitalisation (frais de séjours, honoraires, chambre particulière, lit accompagnant, forfait journalier hospitalier, Plus Hospi, transport) sauf en cas d'accident ou de maladie infectieuse (telles que listées à l'Article 7 "DÉFINITIONS") survenus pendant la période d'attente.

Il est également prévu une période d'attente quelle que soit l'option de garantie, de :

- 9 mois, pour l'indemnité coups durs,
- 10 mois, pour l'intégralité du forfait maternité.

Durant cette période le forfait maternité est donné à raison de 10 % par mois de présence, avec un maximum de 100 % du forfait.

Ces périodes se calculent à partir de la date d'effet retenue pour l'adhésion. Ces délais sont supprimés pour les Adhérents assurés auprès d'un organisme similaire sans interruption jusqu'à cette date et dans la limite des garanties dont ils disposaient précédemment, un justificatif détaillé est demandé lors de la demande d'adhésion. Ces périodes d'attente sont également applicables en cas de changement de formule avec augmentation des garanties et portent uniquement sur les améliorations données par la nouvelle formule.

#### CHANGEMENT DE FORMULES :

Les garanties varient selon les formules proposées, le détail figure au tableau des prestations faisant partie intégrante de la présente note. Toute diminution de garantie est possible au début de chaque trimestre civil, un an au moins après l'adhésion au contrat. Toute augmentation de garantie est soumise à l'acceptation de l'Association et n'est possible qu'au début de chaque trimestre civil, un an au moins après l'adhésion au contrat et, en ce cas, aucune diminution de garantie ne pourra être acceptée avant 12 mois.

#### ARTICLE 4 – DISPOSITIONS DIVERSES

##### TÉLÉTRANSMISSION AVEC LES C.P.A.M., LA RAM ET LE GAMEX :

Les décomptes de remboursement des assurés bénéficiaires de ces régimes obligatoires peuvent être transmis, sous forme d'images informatiques, à l'Association directement par les caisses d'assurance maladie, évitant ainsi l'envoi des décomptes par l'Adhérent à l'Association. L'Adhérent peut, à tout moment, sur demande écrite à l'Association, mettre fin à ces transmissions.

##### TIERS-PAYANT SANTÉ :

Sans supplément de cotisation, sur simple présentation de l'attestation de Tiers-payant Santé à condition que les dépenses de santé soient concernées par le tiers-payant, que le professionnel de santé accepte également le tiers-payant avec le régime obligatoire et que la garantie prévoit au minimum le ticket modérateur.

- Condition à respecter pour ces deux services : le bénéfice de ces services est lié à la transmission de la copie de l'attestation Vitale de chacun des membres de la famille.

##### SERVICES :

L'adhésion à l'Association permet de bénéficier d'un ensemble de services liés au tourisme social : villages de vacances, centres de vacances enfants (se renseigner).

##### BNC & BIC :

Les cotisations versées au titre des garanties citées dans la présente note d'information par les Travailleurs Non Saliés non Agricoles, bénéficient des dispositions fiscales de la Loi N° 94-0126 du 11/02/94 et de son décret d'application N° 94-775 du 5/09/94 (Loi Madelin), à condition que :

- le contrat soit "Responsable" (voir définition Article 7),
- les revenus soient déclarés au titre des BNC ou BIC,
- les limites de déductibilité fiscale soient respectées (Article 154bis du C.G.I.).

#### ARTICLE 5 – COTISATIONS

##### Modalité de paiement des cotisations :

Les cotisations sont payables d'avance par année civile complète au siège de l'Association avec une faculté de règlement fractionné mensuel, trimestriel ou semestriel (les droits associatifs sont compris dans le tarif mensuel par assuré à hauteur de 0,30 € pour les personnes de moins de 21 ans et 1,50 € pour les personnes de 21 ans et plus). En cas de paiement tardif et partiel des cotisations, les versements sont imputés à l'échéance impayée la plus ancienne. Les impôts et taxes restent à la charge de l'Adhérent. En cas d'adhésion en cours de période la cotisation est calculée en fonction du nombre de mois restant à courir jusqu'à la prochaine échéance de règlement en incluant le mois en cours. Tout mois commencé est dû dans sa totalité. Le bénéfice des garanties est subordonné au règlement de l'ensemble des cotisations.

Si la cotisation ou une partie de celle-ci n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'Association peut, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, adresser au dernier domicile connu de l'Adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure, suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre, résilier le contrat 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours (Article L. 113-3 du Code des Assurances).

La suspension ou la résiliation de la garantie pour non-paiement de la cotisation ne dispense pas l'Adhérent de l'obligation de payer l'intégralité de la cotisation prévue au contrat pour toute la période de garantie en cours.

En particulier, en cas de non-paiement d'une fraction de la cotisation annuelle, c'est la totalité de cette dernière qui est due à l'Association.

Les frais de procédure et de recouvrement sont à la charge de l'Adhérent.

##### Évolution des cotisations :

Les cotisations évoluent au 1er janvier de chaque année :

- suivant les tranches d'âge prévues au tarif soit à partir de 21 ans tous les ans, le calcul de l'âge étant effectué par différence de millésime.

Et également :

- En fonction des indices d'augmentation de la consommation médicale publiés par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Saliés pour tenir compte de l'évolution des charges et dépenses de santé.
- Suite à une modification fiscale, législative ou réglementaire qui viendrait à affecter ou modifier les remboursements des assurances sociales et des régimes obligatoires.
- Suite à une évolution des résultats techniques constatée sur une catégorie de garantie ou sur un groupe d'adhérents. Cette évolution peut notamment résulter d'une progression des remboursements supérieure, sur la même période, aux indices cités ci-dessus.

Par ailleurs, les cotisations peuvent également être réajustées à une date différente de celle de l'échéance principale du 1er janvier ; dans ce cas, l'Adhérent peut mettre fin à son adhésion, par lettre recommandée, dans les 30 jours suivant la date où il a eu connaissance de la modification. La résiliation prend alors effet à la fin du mois suivant l'expédition de la lettre recommandée.

### ARTICLE 6 – RENOUVELLEMENT – RÉSILIATION

L'adhésion au contrat et à l'Association est effective pour une année au minimum, elle se renouvelle ensuite chaque année à la date d'échéance principale, fixée au 1er janvier, par tacite reconduction.

Son éventuelle résiliation doit être faite, par lettre recommandée avec avis de réception, avec un préavis de deux mois, à l'issue de la première année d'assurance et ensuite à chaque échéance principale (1er janvier) dans les mêmes formes et délais. Elle peut avoir lieu à une autre date dans les cas et conditions prévus par le Code des Assurances. La résiliation du fait de l'Adhérent ne peut être acceptée que dans la mesure où il est à jour de l'ensemble de ses cotisations.

En cas de défaut d'une seule échéance de règlement, s'appliquent les dispositions prévues par le Code des Assurances.

### ARTICLE 7 – DÉFINITIONS

#### ACCIDENT :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

#### FAMILLE :

Le chef de famille, son conjoint (ou la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) ou le concubin) et les enfants fiscalement à charge jusqu'à 20 ans.

#### HOSPITALISATION :

Séjour d'au moins 24 heures prescrit par un médecin, dans une clinique ou un hôpital public ou privé, en vue d'y recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux qui ne pourraient être donnés valablement par un traitement hors de l'établissement concerné.

#### MALADIE :

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente.

#### MALADIES INFECTIEUSES :

Fièvre typhoïde ou paratyphoïde, varicelle, rubéole, coqueluche, oreillons, méningite cérébro-spinale, diphtérie, variole, tétanos, rougeole ou dysenterie.

#### BASE DE REMBOURSEMENT :

Tarif retenu par les régimes obligatoires dans l'application de la nomenclature CCAM ou NGAP comme référence pour le calcul du remboursement.

#### NOMENCLATURE GÉNÉRALE DES ACTES PROFESSIONNELS (NGAP) :

Répertoire établi par le régime obligatoire sous forme de « Lettre clé ».

#### CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX (CCAM) :

Norme de classification des actes techniques médicaux (se substituant à la NGAP pour certains actes).

#### FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER :

Forfait journalier hospitalier prévu par la Loi du 19 janvier 1983 et laissé par le régime obligatoire à la charge des assurés.

#### TICKET MODÉRATEUR :

Différence entre d'une part la base de remboursement du régime obligatoire, et d'autre part, le remboursement effectué par celui-ci, la participation forfaitaire, les franchises médicales et pour les contrats responsables la majoration de participation.

#### PARTICIPATION FORFAITAIRE :

Retenue à la source effectuée par le régime obligatoire et portant sur les consultations, les actes réalisés par un médecin, les actes de radiologie et les actes de biologie (telle que définie par l'Article 20 de la Loi du 13 août 2004).

#### ACTES MÉDICAUX ET CONSULTATIONS HORS PARCOURS DE SOINS :

- 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.
- 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.

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

## CONTRAT RESPONSABLE :

L'adhésion respecte les exigences visées aux Articles 20 et 57 de la Loi N° 2004-810 du 13 août 2004, et de ses décrets.

En conséquence,

- elle prévoit les obligations minimales de remboursement des prestations liées aux consultations du médecin traitant et ses prescriptions,
- elle ne rembourse pas la minoration du remboursement du régime obligatoire, la participation forfaitaire, les franchises médicales et les dépassements autorisés d'honoraires pour non respect du parcours de soins,
- elle prend en charge deux prestations de prévention inscrites sur la liste fixée par l'Arrêté du 8 juin 2006.

## CONTRAT NON RESPONSABLE :

L'adhésion ne répond pas à tout ou partie des exigences visées aux Articles 20 et 57 de la Loi N° 2004-810 du 13 août 2004, et de ses décrets.

## II • Garanties

### ARTICLE 8 – PRESTATIONS – REMBOURSEMENTS – EXCLUSIONS – LIMITATIONS DE GARANTIE

Les remboursements des frais de soins sont toujours effectués en complément des remboursements des régimes obligatoires et dans la limite des frais réellement engagés. Le tableau des prestations faisant partie intégrante de la présente note d'information, détaille le montant des remboursements selon les garanties souscrites ; certains remboursements sont régis par les dispositions suivantes :

#### PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION :

L'Adhérent conserve le libre choix de l'établissement hospitalier et peut bénéficier d'une prise en charge directe par l'Association dans la limite de 100 % de la base de remboursement (déduction faite du remboursement du régime obligatoire), du Forfait Journalier Hospitalier et de la chambre particulière aux conditions prévues par le contrat. La prise en charge ne peut être effectuée que pour les séjours médicaux ou chirurgicaux en hôpital public ou clinique conventionnée.

#### SÉJOURS SPÉCIALISÉS :

Séjours spécialisés de repos, de rééducation, de convalescence, de gériatrie, de neuropsychiatrie, de psychiatrie, de diététique et séjours similaires, quelque soit l'établissement ainsi que les séjours en maisons d'enfants à caractère sanitaire et social : la garantie est toujours limitée à 100 % de la base de remboursement (y compris le remboursement du régime obligatoire) avec un maximum de 90 jours par année civile et par assuré.

#### CHAMBRE PARTICULIÈRE :

En établissements conventionnés ou agréés, remboursement sur présentation de la facture acquittée ou directement à l'établissement si prise en charge préalable, (voir également la rubrique « prise en charge hospitalisation ») et dans les limites prévues et indiquées au tableau des prestations.

Pour les séjours en maison de repos, séjours de rééducation, de convalescence et autres établissements similaires ainsi que pour les séjours neuropsychiatriques, psychiatriques, gériatriques et diététiques, le remboursement est limité à 60 jours par année civile et par assuré.

Le remboursement est exclu dans les cas de cure thermale et pour les séjours en maisons d'enfants à caractère sanitaire et social.

#### FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER :

Remboursé dans la limite des garanties prévues et précisées au tableau des prestations sur présentation de la facture acquittée pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale, ou directement à l'établissement si prise en charge préalable (voir également la rubrique « prise en charge hospitalisation »).

Pour les séjours en maison de repos, séjours de rééducation, de convalescence et autres établissements similaires ainsi que pour les séjours neuropsychiatriques, psychiatriques, gériatriques et diététiques, le remboursement est limité à 60 jours par année civile et par assuré.

#### LIT ACCOMPAGNANT :

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale d'un assuré, la prise en charge du lit accompagnant a lieu dans la limite des frais réels pour les montants et limites précisés au tableau des prestations sur présentation de la facture acquittée et détaillée.

#### MATERNITÉ – NAISSANCE – ADOPTION (si prévues dans la garantie souscrite) :

Le versement de l'indemnité forfaitaire prévue au tableau des prestations est subordonné à l'inscription de l'enfant dans le mois qui suit sa naissance (ou adoption) et sur présentation de l'acte de naissance (ou adoption) ou de la copie du livret de famille. L'enfant inscrit dans le délai d'un mois qui suit sa naissance (ou adoption) est dispensé des périodes d'attente prévues à l'Article 3, à l'exception du forfait maternité.

### LES PLUS HOSPI :

Lors d'une hospitalisation médicale ou chirurgicale, vous pouvez proposer le remboursement partiel des frais de transport occasionnés par vos visiteurs.

Sur présentation du (des) ticket(s) de transport, nous vous rembourserons sur la base d'une visite par jour, 80 % de la dépense dans la limite indiquée au tableau des prestations.

### HOSPITALISATION À DOMICILE :

Remboursement en complément du régime obligatoire pour les soins nécessaires au bénéficiaire dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, dans la limite prévue au tableau des prestations.

### PROTHÈSE DENTAIRE :

Le remboursement complémentaire et le bonus seront automatiquement calculés dans les limites indiquées au tableau des prestations. Le bonus est attribué à chaque assuré, dès la 3ème année civile d'adhésion.

### IMPLANTOLOGIE (si prévue dans la garantie souscrite) :

Les implants dentaires sont pris en charge dans les limites indiquées au tableau des prestations, sur présentation de la facture acquittée et détaillée.

### OPTIQUE MÉDICALE :

Le versement du montant complémentaire et bonus supplémentaire prévus au tableau des prestations couvre également les lentilles prescrites non prises en charge par le régime obligatoire ainsi que l'opération de la myopie par laser sur prescription médicale et facture détaillée et acquittée.

Le bonus supplémentaire est attribué à chaque assuré, dès la 3ème année civile d'adhésion, dans le cas où aucune prestation optique ne lui a été octroyée durant deux années civiles consécutives (date des soins), puis renouvelable dans les mêmes conditions. Aucune prestation ne pourra être accordée ultérieurement si elle venait à modifier le montant complémentaire qui a déjà été attribué.

Pour obtenir le complément supplémentaire pour verres progressifs prévu au contrat et indiqué au tableau des prestations, il faudra faire une demande d'entente préalable auprès de l'Association.

### PROTHÈSE LIÉE À UN TRAITEMENT DE CHIMIOTHÉRAPIE (si prévue dans la garantie souscrite) :

En cas de traitement par chimiothérapie d'un assuré, remboursement dans les limites précisées au tableau des prestations, sur présentation d'un certificat médical justifiant du traitement ainsi que de la facture acquittée et détaillée mentionnant la codification de la prothèse si prise en charge par le régime obligatoire.

### COMPLÉMENT GRAND APPAREILLAGE OU PROTHÈSE AUDITIVE (si prévu dans la garantie souscrite) :

Le montant complémentaire sera automatiquement ajouté au remboursement de base dès la 5ème année civile d'adhésion, dans les limites indiquées au tableau des prestations.

### OSTÉODENSITOMÉTRIE :

Cet examen est pris en charge une fois dans la vie par l'Association pour toute Adhérente entre 45 et 65 ans dans les limites prévues et indiquées au tableau des prestations sur présentation de la facture acquittée et de la prescription médicale.

### PHARMACIE NON REMBOURSÉE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE :

Pour les médicaments prescrits médicalement et non pris en charge par le régime obligatoire, y compris la pilule contraceptive et le sevrage tabagique (patch) remboursement à concurrence des montants et limites précisés au tableau des prestations, sur présentation de la prescription médicale ainsi que de la facture détaillée et acquittée.

### PRÉVENTION :

Pour les actes et soins non remboursés par le régime obligatoire :

- Pratiques par un ostéopathe, chiropracteur, pédicure, podologue, acupuncteur, homéopathe (toutes séances confondues),
- Les vaccins qu'ils soient acceptés, ou non, par le régime obligatoire,
- Le bilan nutritionnel.

Remboursement, sur présentation de la prescription médicale, de la facture détaillée et acquittée, à concurrence des montants et limites précisés au tableau des prestations.

Remboursement en complément du régime obligatoire, pour le vaccin contre le cancer du col de l'utérus et pour le scellement des sillons dentaires, dans les limites prévues et indiquées au tableau des prestations.

### CURE THERMALE (acceptée par le régime obligatoire) :

Remboursement en complément du régime obligatoire, des frais thermaux, médicaux, du transport et de l'hébergement sur présentation des factures détaillées et acquittées, à concurrence des montants et limites précisés au tableau des prestations.

### FÉCONDATION IN-VITRO (si prévue dans la garantie souscrite) :

Le montant complémentaire prévu et indiqué au tableau des prestations sera versé sur présentation de la facture détaillée et acquittée, dès la 3ème année civile d'assurance et ne pourra être attribué qu'une fois dans la vie du contrat.

### INDEMNITÉ COUPS DURS :

L'indemnité coups durs est octroyée, une seule fois dans la vie du contrat pour le souscripteur assuré, après le délai de carence rappelé ci-après en cas de survenance : soit d'une des pathologies graves mentionnées ci-après, soit dès la mise au chômage suite à un licenciement pour liquidation judiciaire (dépôt de bilan de l'entreprise) ; elle est réduite de 50% au-delà du 31 décembre de l'année des 60 ans du souscripteur assuré et cesse dans tous les cas au-delà du 31 décembre de ses 65 ans.

• Les pathologies graves indemnisées, sont :

- CORONAROPATHIES, ayant nécessité une intervention chirurgicale avec un double pontage coronarien au minimum.
- GREFFE D'ORGANE, la greffe du cœur, des poumons, du foie, du pancréas, du rein.
- INSUFFISANCE RÉNALE, à condition que cette insuffisance nécessite une dialyse péritonéale ou une hémodialyse régulière.

Cette indemnité est obtenue :

- Sur présentation d'un certificat médical précisant la date de début de la manifestation d'une des pathologies citées ci-dessus, ainsi que le détail et la date de chacune des interventions chirurgicales ou date de la première dialyse ou hémodialyse ; ce certificat confidentiel, devra être adressé à l'attention du Médecin conseil « ASAF/AFPS » BP 102 – 06167 JUAN-LES-PINS CEDEX.
- Sur déclaration d'une mise au chômage suite à une liquidation judiciaire de l'entreprise ; l'indemnité sera versée sur présentation du justificatif de cette liquidation ainsi que du justificatif de la mise au chômage.

Cette garantie prend effet 9 mois après l'adhésion au contrat sauf, si l'un de ces événements arrive avant la date d'effet de l'adhésion ou au cours des 9 premiers mois de celle-ci ; dans ce cas aucune indemnité ne pourra être octroyée.

### PLAFONDS DE REMBOURSEMENTS :

Certaines prestations peuvent avoir des remboursements plafonnés.

Les montants et modalités en sont précisés au tableau des prestations.

### EXONÉRATION DE LA COTISATION :

L'exonération ou le remboursement de la cotisation familiale de l'année civile en cours a lieu, sur la demande de l'Adhérent(1), en cas d'hospitalisation d'une durée égale ou supérieure à 9 nuits consécutives, de lui-même ou de son conjoint inscrit (c'est la date d'entrée de l'hospitalisation qui est retenue pour l'année civile).

Cette hospitalisation doit être la conséquence directe d'un accident et débiter dans un délai de 90 jours à dater dudit événement.

(1) L'Association fera parvenir à l'Adhérent un « certificat médical de constatation initiale » celui-ci devra être complété par le médecin traitant et retourné au centre de gestion à l'attention du médecin conseil, accompagné du bulletin de situation du centre hospitalier et de la déclaration d'accident.

### ACCIDENTS :

Les remboursements complémentaires interviennent dans les limites prévues au tableau des prestations et dans les présentes conditions en cas d'accident. Si celui-ci est causé par un tiers la déclaration doit en être faite à l'Association. Notre participation, telle que prévue au tableau des prestations, se fait dans ce cas, en complément des autres organismes et dans la limite des frais réels.

### SUBROGATION :

L'Assureur qui a payé une indemnité au titre des frais de santé se substitue à l'Adhérent ou à ses ayants droit dans leurs droits et actions de recours contre tout responsable conformément à l'Article L 121-12 du Code des Assurances et jusqu'à concurrence de cette indemnité.

### EXCLUSIONS DIVERSES :

Sont exclus de tout remboursement :

- Les actes non reconnus par les régimes obligatoires, les actes non prévus au tableau des prestations, la chirurgie et les soins esthétiques, les séjours en centres hospitaliers dits de moyens et longs séjours ainsi que ceux pour personnes âgées dépendantes, les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication, les séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires, les actes ou soins ayant une date antérieure à l'adhésion ou postérieure à la résiliation.
- Conformément au Code des Assurances les faits de guerre civile ou étrangère, émeutes et mouvements populaires, ainsi que les effets directs ou indirects provenant de la radioactivité ou de la transmutation du noyau d'atome.
- la participation forfaitaire,
- les franchises médicales.

Toutefois, les obligations prévues dans le cadre d'un contrat responsable sont respectées pour toute adhésion en vigueur.

Sont par ailleurs exclus si le contrat est "Responsable" en cas de non respect du parcours de soins et/ou refus par l'assuré d'autoriser l'accès à son dossier médical personnel (DMP) au professionnel de santé, les montants non remboursables visés aux Articles 20 et 57 de la Loi du 13 Août 2004 et de ses décrets, soit :

- la majoration de participation,
- les dépassements d'honoraires.

#### EXPERTISES – JUSTIFICATIFS :

L'Association pourra éventuellement faire effectuer à sa demande et à l'attention de son Médecin Conseil toutes les vérifications ou expertises qu'elle jugera nécessaires ainsi que se faire communiquer les documents, pièces, comptes rendus, médicaux ou non, nécessaires au traitement du dossier.

#### ARTICLE 9 – TERRITORIALITÉ

Les garanties s'exercent en FRANCE et dans les autres pays lorsque le régime obligatoire français prend en charge les frais médicaux. Le règlement des prestations est effectué en FRANCE et dans la monnaie légale en vigueur en FRANCE.

Ces documents justificatifs devront être traduits si nécessaire et les montants convertis dans la monnaie légale en vigueur en FRANCE.

Les modalités en sont précisées au tableau des prestations "soins inopinés à l'étranger".

#### ARTICLE 10 – PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux années à partir de l'évènement qui y donne naissance, dans les conditions prévues par le Code des Assurances.

#### ARTICLE 11 – RÉCLAMATIONS

Vos réclamations éventuelles doivent être adressées au centre de gestion ASAF / AFPS – Service Réclamations – BP 102 – 06167 JUAN-LES-PINS Cedex.

Si elles ne trouvaient pas satisfaction, les cas de litiges seraient adressés au Service Qualité Relation Clientèle de l'Assureur.

Si le désaccord subsiste, ce Service vous propose alors un recours gratuit au Médiateur et vous indique les modalités à suivre.

Le Médiateur est une personne indépendante qui s'engage à formuler un avis motivé dans les trois mois suivant la date à laquelle il a été saisi. Son avis n'engage pas les parties concernées qui restent libres de recourir aux juridictions compétentes.

OFF165/20090909

**BÉNÉFICIAIRES** : L'adhérent souscripteur du contrat santé et son conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un Pacs. Leurs enfants célibataires âgés de moins de 25 ans vivant au domicile du souscripteur et fiscalement à sa charge. Leurs ascendants vivant au domicile du souscripteur. Ces bénéficiaires sont garantis dès lors qu'ils sont désignés sur le certificat d'adhésion au contrat santé.

**GARANTIES** : Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Assistance sont prises en charge par AXA Assistance.

**DOMAINE D'INTERVENTION** : Les garanties d'assistance sont acquises dans le cadre d'une hospitalisation supérieure à 5 jours ou d'une immobilisation au domicile supérieure à 8 jours suite à une atteinte corporelle grave.

**LIMITES TERRITORIALES** : Les garanties d'assistance s'exercent en France métropolitaine y compris la Corse, Andorre, Monaco, les départements d'outre-mer et les territoires d'outre-mer.

**GARDE DES ENFANTS** : En cas d'hospitalisation du bénéficiaire supérieure à 5 jours et, si personne ne peut assurer la garde des enfants bénéficiaires de moins de 15 ans, dès le premier jour de l'incident, AXA Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire,
- soit l'acheminement des enfants au domicile d'un proche,
- soit la garde des enfants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, pendant 40 heures maximum dans les 5 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives.

Cette personne, en fonction de l'âge des enfants, assurera également leur accompagnement à l'école. En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation. AXA Assistance prend en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion de ligne classe économique ou en train 1ère classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez un proche parent par le personnel qualifié.

AXA Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés. Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

**GARDE DES ENFANTS MALADES** : Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant bénéficiaire de moins de 15 ans, nécessite une immobilisation médicalement prescrite supérieure à 8 jours consécutifs, et dans le cas où personne ne peut assurer sa garde, dès le premier jour de l'incident, AXA Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire en mettant à disposition un titre de transport aller-retour en avion de ligne classe économique ou en train 1ère classe,
- soit sa garde par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, pendant 40 heures maximum dans les 10 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives.

AXA Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

**SOUTIEN PÉDAGOGIQUE** : Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant bénéficiaire nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, AXA Assistance recherche et prend en charge un ou plusieurs répétiteurs.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en FRANCE dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant de la 11ème à la terminale.

Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant des cours dans les matières principales : Français, Mathématiques, Histoire, Géographie, Physique, Biologie, Langues Vivantes.

Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 5 heures maximum par semaine pour l'enseignement primaire et de 10 heures maximum par semaine pour l'enseignement secondaire. Ces cours sont dispensés au 16ème jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant pendant 2 mois maximum, hors jours fériés et vacances scolaires.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

**AIDE MÉNAGÈRE** : À la demande du bénéficiaire, AXA Assistance recherche et prend en charge les services d'une aide ménagère à domicile soit pendant sa durée d'immobilisation ou d'hospitalisation supérieure à 8 jours, soit dès son retour à son domicile.

Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

AXA Assistance prend en charge 30 heures maximum dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives.

Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'incident.

Seule l'équipe médicale du service assistance est habilitée à fixer la durée de présence de l'aide ménagère après bilan médical. Cette garantie est limitée à une intervention par année civile.

**GARDE ET TRANSFERT DES ANIMAUX DOMESTIQUES** (chien et chat uniquement) : En cas d'hospitalisation supérieure à 8 jours et si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, AXA Assistance organise et prend en charge dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire :

- soit le transfert et la garde des animaux (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du domicile. Les frais de pension sont pris en charge à concurrence de 229 euros par évènement et pour l'ensemble des animaux.
- soit le transfert des animaux (maximum 2) au domicile d'un proche.

**EXCLUSIONS** : sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA Assistance ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier,
- les états de grossesse à moins d'une complication imprévisible,
- les interruptions volontaires de grossesse,
- les tentatives de suicide et leurs conséquences,
- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique,
- les frais médicaux,
- les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation.

Ainsi que les exclusions prévues dans le contrat santé.

**MISE EN JEU DES GARANTIES** : Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Assistance sont prises en charge. En cas d'évènement nécessitant l'intervention d'AXA Assistance, la demande doit être adressée directement : par téléphone au 01 55 92 25 99, par télécopie au 01 55 92 40 50, par télégramme à AXA ASSISTANCE FRANCE - Le Carat - 6 rue André Gide - 92320 CHÂTILLON  
Les conditions générales de la convention ASSISTANCE sont tenues à la disposition des bénéficiaires sur simple demande.